

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE

Jan Zvettler

POTŘEBY V OBLASTI VZDĚLÁVÁNÍ PRACOVNÍKŮ
SLUŽEB CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ
PRO LIDI TRPÍCÍ DUŠEVNÍ PORUCHOU V ČR
- ANALÝZA POTŘEB PRACOVNÍKŮ
SLUŽEB BONA, O.P.S.

WORKERS EDUCATION NEEDS IN RESIDENTIAL
COMMUNITY SERVICE IN CZECH REPUBLIC
- ANALYSIS OF WORKERS NEEDS IN BONA O.P.S.

Obor:

Forma studia:

Akademický rok:

Vedoucí diplomové práce:

Oponent diplomové práce:

Datum obhájení:

Výsledek obhajoby:

Sociální práce

prezenční

2007/2008

PhDr. V. Probstová, Csc.

MUDr. Z. Bašný

P R O H L A Š U J I ,

že tuto předloženou diplomovou práci jsem
vypracoval zcela samostatně a cituji v ní veškeré
prameny, které jsem použil.

V Praze dne 28.7. 2008

Podpis:

Rád bych poděkoval PhDr. Václavě Probstové, Csc. za trpělivost a odborné vedení diplomové práce, pracovníkům Bona o. p. s. za otevřenost při vyplňování dotazníků, mé rodině za podporu v průběhu studijních let a Anince za pomoc a podporu v cílové rovince.

Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část.....	9
1. Vývoj péče o duševně nemocné	9
1.1. Od středověku do osvícenství	9
1.2. Institucionalizmus	13
1.3. Vývojové fáze psychiatrických služeb	14
1.3.1. Tvorba velkých institucí	14
1.3.2. Redukce institucí	15
1.3.3. Vyváženost lůžkové a mimolůžkové péče	15
2. Komunitní péče	15
2.1. Vymezení pojmu komunita	15
2.2. Vymezení pojmu komunitní péče.....	17
2.3. Základní principy	18
3. Situace v ČR	21
3.1. Vývoj od roku 1990	21
3.2. Síť služeb poskytovaných v ČR	22
3.2.1. Lůžková péče	22
3.2.2. Ambulantní péče	24
3.2.3. Specifické komunitní služby	25
4. Vývoj služeb v oblasti bydlení	33
4.1. Situace od roku 1990	33
4.2. Zkušenosti po roce 2007	36
4.2.1. Žádost o příspěvek na péči - teorie a prax	37
4.2.2. Výplata příspěvku na péči	39
5. Vzdělávání pracovníků komunitní péče	40
5.1. Situace do roku 2007	40
5.1.1. Analýza vzdělávání sociálních pracovníků v komunitní péči o duševně nemocné v ČR v rámci VŠ a VOŠ.....	42
5.2. Situace po roce 2007	43

5.2.1. Požadavky na vzdělání vyplývající ze zákona o sociálních službách.....	43
5.2.2. Celoživotní vzdělávání v sociálních službách	45
5.3. Výzkum vzdělávacích potřeb pracovníků komunitní péče v oblasti bydlení v EU.....	46
5.3.1. Program Leonardo da Vinci - výzkum PSYCHO RESCUE ...	46
5.3.2. List of function - Seznam činností	48
Praktická část.....	53
6. Cíle výzkumu	53
6.1. Metoda sběru informací	54
6.1.1. Volba výběrového souboru a obecná charakteristika zařízení.....	55
6.2. Průběh šetření u pracovníků.....	57
6.2.1. Základní otázky Autodiagnostické metody	57
6.2.2. Odpovědi na otázku č.1, interpretace odpovědí	60
6.2.3. Odpovědi na otázku č.2, interpretace odpovědí	62
6.2.4. Odpovědi na otázku č.3, interpretace odpovědí	65
6.2.5. Odpovědi na otázku č. 4, interpretace odpovědí	67
6.2.6. Odpovědi na otázku č. 5, interpretace odpovědí	68
6.3. Shrnutí dosažených výsledků	69
6.3.1. Analýza vzdělávacích potřeb, odpovědi na výchozí otázky.....	69
6.4. Srovnání výsledků s výstupy výzkumu PSYCHO RESCUE italského projektu Leonardo da Vinci.....	72
6.4.1. Shrnutí výsledků výzkumu PSYCHO RESCUE	72
6.4.2. Odpovědi na výchozí otázky	73
6.5. Podněty k diskuzi	74
Závěr.....	76
Seznam použité literatury.....	79
Přílohy.....	83

Úvod

Oblast sociálních služeb poskytovaných lidem trpícím duševní poruchou je příkladem dynamicky se rozvíjejícího odvětví, které klade na účastníky systému (zadavatelé, poskytovatelé i uživatelé služeb) specifické nároky. Vzhledem k poměrně chaotickému a živelnému vývoji po roce 1989 vznikaly služby v nekoncepčním, právně neukotveném prostředí, které bylo překážkou sjednocení pravidel poskytování služeb – kdo a za jakých podmínek služby může poskytovat, kdo poskytování služeb kontroluje a garantuje. Tato výchozí situace komplikovala přijetí a postupné vžívání principů komunitní péče o duševně nemocné coby funkčního systému práce s lidmi trpícími duševní poruchou.

Přesto se od počátku 90. let usilovalo o přijetí zákona, který by upravil celý systém sociální pomoci a nahradil tak zastaralou legislativu platnou již před rokem 1989. Zákon o sociálních službách byl opakovaně navrhován, měněn a opět stahován podle toho, jak se během posledních 15 let střídalo politické vedení země. Následkem toho existovaly služby, které neměly oporu v žádném právním předpisu, a chyběl zde i jasný systém financování a možnost kontroly kvality sociálních služeb. Nakonec po všech složitostech, které přijetí nového zákona provázely, byl dne 14. 3. 2006 přijat zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1. 1. 2007. Vzhledem k komplikovanosti vývoje sociálních služeb v oblasti péče o lidi trpící duševní poruchou jsem se rozhodl zpracovat alespoň část dané problematiky, která se týká vzdělávání a odborného profilu pracovníka

v pobytových službách péče o lidi trpící duševní poruchou.

Má diplomová práce se zaměřuje jak na historický vývoj péče o duševně nemocné, tak na celkovou změnu poměrů v oblasti sociálních služeb. Podrobněji se soustředí na služby v oblasti bydlení poskytované v rámci komunitní péče o lidi trpící duševní poruchou po roce 1990. Současně se na příkladu konkrétní služby poskytované Bonou o.p.s. soustředím na změny, které tato služba doznala v souvislosti s přijetím nového zákona o sociálních službách, a důsledky z těchto změn vyplývající jak pro poskytovatele, tak pro klienty služby.

V souvislosti s přijatými změnami se změnilo i postavení pracovníků sociálních služeb. Jejich role, kompetence a požadované vzdělání je nyní oproti předcházejícímu období jasně definované. Tato změna postupně povede k zvyšování odborné úrovně poskytovaných služeb a spolu s ní se zvýší i potřeba co nejjasněji definovaných schopností a vědomostí, kterými by měl pracovník disponovat a které by mu měl zaměstnavatel poskytnout v rámci kontinuálního vzdělávání.

Právě možnostmi vzdělávání pracovníků v oblasti komunitní péče o duševně nemocné se zabývám v závěru teoretické části a v části praktické. Vzhledem k tomu, že neexistuje jednotný profil pracovníka v sociálních službách, má každá oblast nebo konkrétní služba své specifické nároky a požadavky na schopnosti, dovednosti a kvalifikaci pracovníka. V praktické části bych se rád pokusil zmapovat tyto potřeby u pracovníků pobytových služeb Bona o.p.s. Praktickým výstupem by měla být snazší orientace

poskytovatele při nastavení vzdělávacích programů pro své zaměstnance.

Dalším výstupem bude srovnání s výsledky celoevropského výzkumu PSYCHO RESCUE v rámci italského programu Leonardo da Vinci orientovaného na zaměstnance pobytového typu komunitních služeb v šesti státech Evropské Unie. Na projektu PSYCHO RESCUE jsem měl možnost se podílet při sběru dat od pracovníků služeb chráněného bydlení. Podstatnou část tohoto vzorku tvořili pracovníci Bona o.p.s., se kterými jsem později provedl analýzu vzdělávacích potřeb pro potřeby organizace. Výsledky a výstup výzkumu PSYCHO RESCUE, kterým je odborný profil pracovníka v pobytových komunitních službách, jsou tedy s šetřením v Bona o.p.s. v úzké souvislosti, protože zaměstnanci této organizace tvořili podstatnou část respondentů.

Závěr praktické části by tak měl přinést i podněty k diskuzi, týkající se možností přijetí a zpracování jednotného profilu pracovníka v pobytových službách v ČR.

Teoretická část

1. Vývoj péče o duševně nemocné

1.1. Od středověku do osvícenství

Abychom lépe pochopili celosvětový trend proměny systému péče o duševně nemocné, který přechází ze systému institucionálního v systém komunitní, bude užitečné podívat se na roli a postavení duševně nemocného v historické perspektivě.

Evropský člověk má od hlubokého středověku vztah k čemusi, co neurčitě nazývá šílenstvím, slabomyslností, pomateností. Vztah Rozum Ne-rozum představuje v každém případě jednu z originálních dimenzí západní kultury (Foucault, 1993). Tento vztah je rozhodující pro postavení lidí s duševním onemocněním, protože společnost, která definuje Ne-rozum, určuje také způsoby, jakými s ním bude zacházeno.

Ve středověku jsou všichni lidé viděni jako děti Boží, tudíž mají i své místo v komunitě. Prvními zařízeními pro osoby, které se o sebe z jakéhokoli důvodu nemohli postarat, byli *špitály*, vznikající při klášterech. Pojem *špitál* je odvozen od slova hospital, které je odvozeno od latinského hospes-cizinec (Matra III, 2004). Přesto se pomoc, kterou špitály nabízely, týkala spíše členů komunity, zatímco cizinec byl tou největší hrozbou. Typickým vydědencem středověké společnosti je totiž právě cizinec. Jako uzavřená společnost středověký křesťanský svět odmítá tohoto vetřelce nepatřícího

ke známým společenstvím, tohoto nositele neklidu a neznáma (Matoušek, 1999).

Vcelku vzato se duševně nemocní ve středověku netěší nijak zvláštní perzekuci, snad s výjimkou zneužití v čarodějnických procesech, kdy byla údajná posedlost dávána do spojitosti s ďáblem. Podle *Kladiwa na čarodějnice* Isidorus tvrdil, že čarodějnice uvádějí elementy do zmatku pomocí démonů (Janík, 1987).

Foucault (1993) popisuje téměř komickou situaci, která nastala v předvečer evropské renesance, kdy ze starého kontinentu zmizeli malomocní. Ti byli totiž do té doby symbolem hříchu a provinění na božském řádu, byli nesmazatelně ocejchováni a společnost si k jejich vyobcování ustavila své rituály. I když byl malomocný vyobcován ze světa a společenství viditelné církve, svou existencí přesto svědčil o Bohu. To ukazuje na důležitost takto postiženého v celé společenské struktuře a hierarchii, ať už v kontextu světském, či náboženském. Po faktickém zmizení malomocných musela být tato mezera v řádu zaplněna, na jejich místo se tak dostávají „blázni“, „vyšinutí“, „pomatení“. S trochou nadsázky můžeme říct, že další institucí zajišťující nezbytný rituál vyobcování byla loď – totiž loď bláznů. Naložování bláznů nemělo jen své praktické využití, jako např. bezpečnost místního obyvatelstva, ale především svůj symbolický rozměr: nemocní jsou po vodě vyvázeni do jakéhosi posvátného meziprostoru, na samý okraj společnosti, která se tímto rituálně očišťuje.

Renesance přichází s novým pojetím. Začíná své blázny oslavovat, a to ve chvíli, kdy si uvědomí vlastní přehnanou víru v rozum, kterému právě

šílenství nastavuje zrcadlo. Tak jeho hodnoty ironizuje a předpovídá odvrácenou stránku tohoto snažení. Šílenství se tak stává všeobecným předmětem zájmu jak v umění, tak v běžném životě, je pečlivě vykreslováno podle svých projevů (Foucault, 1993).

Teprve koncem 17. a začátkem 18.století pak začínají být duševně nemocní vylučováni ze společnosti a jsou pro ně zřizovány velké ústavy (Matoušek, 1999). Během jediného století se tak volný pohyb ne-rozumu, jeho přijímání a zájem o něj zcela ztratí v internaci a příkazu jednotné morálky. V 17.století vznikají špitály, kam jsou umisťováni chudí, což zahrnuje celou škálu nemocných, neschopných či jinak postižených, psychická onemocnění nevyjímaje. Špitály mají svou vlastní autonomii, absolutní moc nad chudými, trestní nevyjímaje. Znovu se vytváří jakýsi meziprostor, se kterým však běžná populace již nechce mít nic společného. Myšlenka léčby zde nepřipadá v úvahu, jde o instituci pořádkovou. Společným příkazem je příkaz pracovat, což je nová dělící čára mezi vyloučením a přijetím do společnosti, tak jako ve středověku malomocenství. Internace veškerého nepohodlného obyvatelstva má několik funkcí:

- v dobách zaměstnanosti poskytovat levnou pracovní sílu
- v dobách nezaměstnanosti chránit veřejný klid
- napravovat univerzálně aplikovanou morálku
- zabránit pohoršení a skandálu, což je pravý opak od renesance, kdy bylo nutno hřích očistit tím, že byl předveden a uveden na světlo

Z velké masy internovaných se však začínají vydělovat duševně nemocní, a to právě pro svou neschopnost uposlechnout příkazu práce, který je univerzálním morálním imperativem oné doby.

Zajímavým příkladem sebejistoty 17.století je fakt, že zatímco vše iracionální vyvolávalo skandál, a proto se umlčovalo v přísné internaci, právě duševně nemocní byli s úspěchem vystavováni a předváděni. Tento jev však nesvědčí o zlidštění či snaze nemocným se přiblížit, je pravým opakem - šílenec není člověkem, je spíše zajímavou věcí, která tudíž lidské království rozumu nikterak neohrožuje. V horším případě je zvířetem a podle toho se s ním také zachází (Foucault, 1993).

V 19.století se postupně upouští od společných internací a jedinými, kdo zůstávají, jsou duševně nemocní. „*Internace, zbavená všech svých ostatních funkcí, se tak stává skutečným panstvím šílenství* (Foucault, 1993).“ Nově vznikající ústavy pro duševně choré si zachovávají svou represivní funkci, stále je přítomna silná dělící čára od běžné společnosti. Krok k humanizaci léčby byl jen zdánlivý, naopak se objevily nové praktiky, které chovance svazovaly nepřetržitou mravní a sociální kontrolou. Dalo by se říci, že stejnou funkci, jakou měly v době předchozí řetězy, měl nyní stále evokovaný pocit viny.

Pozitivní stránkou vzniku specializovaných zařízení pro duševně nemocné byla možnost specializace těch, kteří se o ně v zařízeních starali. Psychiatrie se formuje jako instituce, která nachází své zaštitění v oblasti medicíny. Stinnou stránkou tohoto vztahu je zúžení pohledu na

problematiku duševně nemocných - do popředí se dostává převážně somatický aspekt (Matra III, 2004).

1.2. Institucionalizmus

Zřizování velkých institucí zdravotnického typu v oblasti péče o duševně nemocné navazuje na předchozí vývoj a trvá až do období po druhé světové válce, kdy se začíná jevit jako ne hospodárné a ve výsledcích péče neefektivní.

V době kolem padesátých let 20. století se řada sociologů začala vážně zabývat psychickými změnami u lidí, kteří prožili delší dobu v instituci. Bylo tomu tak proto, že bylo zjištěno velmi brutální zacházení s obyvateli léčeben, které se skrývalo za paraváním léčby a resocializace (Styx, 2003).

Veškerý negativní vliv, jaký na člověka může mít dlouhodobý pobyt v instituci takového rázu, je nazýván hospitalizmem. Matoušek (2003) ho ve svém slovníku sociální práce popisuje jako adaptaci klienta na dlouhodobý pobyt v léčebném, podpůrném nebo výchovném ústavním prostředí, která je doprovázena oslabováním sociálních dovedností potřebných pro život mimo ústav.

E. Goffman (in Styx, 2003) popisuje charakteristické rysy instituce takto:

- rozdílnost hledisek mezi zaměstnanci a klienty
- sklon k vzájemnému nepřátelskému vnímání mezi skupinou zaměstnanců a klientů
- vnější rozhodnutí o umístění klienta, aniž by měl možnost se k němu vyjádřit

- zásadní rozdíl mezi realitou vně a uvnitř instituce, ztráta dosavadních rolí
- nátlaková činnost instituce sloužící k realizaci oficiálních cílů.

Takovéto závěry a sílící kritika vedly v západních zemích k procesu změny systému péče o duševně nemocné. Tento proces je charakteristický změnou klasického, tak zvaného institucionálního systému, mající své kořeny v 19. století, kde hlavním místem pomoci byly psychiatrické nemocnice, v systém nazývaný komunitní, kde hlavním místem pomoci je přirozené prostředí pacienta-klienta (Matra III, 2004).

1.3.Vývojové fáze psychiatrických služeb

Tvorba sítě psychiatrických služeb je dynamickým procesem, který je závislý na aktuální vyspělosti dané země. Stanovení vývojového stavu umožňuje určit budoucí vývoj a definovat potřeby, jejichž naplnění by vedlo ke komplexnějšímu systému. Existují tři základní vývojové fáze, jak jsou definovány v Politice péče o duševní zdraví v ČR (Politika péče o duševní zdraví v ČR - cesty k její realizaci, 2003).

1.3.1. Tvorba velkých institucí

- rozvoj počtu lůžek ve velkých institucích
- nedostatečná role rodiny
- většina investic směřuje do institucí

- profesionálové sestávají především z doktorů a sester nediferencovaný přístup k pacientům
- dominance kustodiální péče a kontroly symptomů

1.3.2. Redukce institucí

- rušení velkých institucí a snižování počtu lůžek
- zvyšování role rodiny
- investice do mimo-nemocničních služeb
- pestřejší škála profesí
- růst individuálního přístupu k pacientům
- pozornost centrována na léčbu psychofarmaky a rehabilitaci

1.3.3. Vyváženost lůžkové a mimolůžkové péče

- instituce plně nahrazeny menšími zařízeními
- akutní lůžka ve všeobecných nemocnicích
- silná podpora rodiny
- mnohazdrojová podpora komunitního systému
- nové profese v kom. službách
- rovnováha mezi kontrolou a nezávislostí pacienta
- přístupy orientované na všechny potřeby pacientů

2. Komunitní péče

2.1. Vymezení pojmu komunita

Jako první se významem pojmu komunita zabýval německý sociolog Toennies (1887/1963), který rozlišuje mezi komunitou sdílenou a komunitou založenou na sdíleném zájmu.

Komunitou sdílenou má na mysli tradiční venkovské vztahy, které se vyznačují sdílenou intimitou, trvanlivostí a společnou kulturou.

Komunita založená na sdíleném zájmu je naopak znakem moderní doby a vyznačuje se dočasností, neosobností a vztahy založenými na bázi kontraktu.

Oba typy mají společný jeden rys: jedná se o početné společenství lidí, kteří spolu fyzicky sdílejí určitý prostor, lokalitu (Šťastná, 2005).

Výrazným historickým mezníkem v pojetí komunity byla průmyslová revoluce, která oslabila původní venkovské společenství, natáhla obyvatele do měst a dala tak vzniknout novému typu komunity: ta je menší než vlastní společnost, větší než základní rodinné uspořádání, ale natolik zřejmá a konkrétní, že dokáže vytvořit pocit sounáležitosti a solidarity pro ty, kterých se týká.

Pojmem společenské solidarity se zabýval francouzský sociolog Durkheim (1889/1978), který rozlišuje mezi solidaritou mechanickou a solidaritou organickou.

Mechanická solidarita se zaměřuje na silný morální vztah v malé, homogenní skupině lidí v jednoduše organizované společnosti.

Organická solidarita je pak spíše odrazem moderní doby, je více abstraktní, univerzální a organizovaná (Thornicroft, Szmukler, 2001).

Existují i jiná pojetí komunity, která zahrnují např. sounáležitost lidí na základě společného zájmu, profese, životního stylu, která nejsou nezbytně vázaná na identifikaci s danou lokalitou, a která se ustavují nezávisle na místě, např. formou internetu (Thornicroft, Szmukler, 2001). Tato pojetí

jsou však vzdálená našemu ústřednímu tématu komunitní péče, které je právě s místem a danou lokalitou spojeno. Proto se jimi nebudeme nadále zabývat.

Budeme dívat na komunitu jako na uskupení určitého počtu lidí, kteří trvale nebo jen dočasně sdílejí společnou lokalitu, kterážto je jasně vymezena.

2.2. Vymezení pojmu komunitní péče

Filozofie komunitní péče vychází z přesvědčení, že jedním z poslání kultivovaného lidského společenství je napomoci lidem, kteří kvůli nemoci nejsou schopni sami plně uspokojovat, naplňovat své běžné životní potřeby (hmotné, sociální, duchovní), tento handicap vyrovnat a umožnit jim setrvání v přirozeném lidském společenství a žití produktivního života, který je kvalitativně srovnatelný s životem ostatní, zdravé populace (Matra III, 2004).

V anglo-americké literatuře je pojem komunitní péče, komunitní psychiatrie vymezován od 60.let, jeden z prvních podávajících autoři Rhein a Martin v roce 1963. Komunitní psychiatrii definují jako schéma vedoucí k zajištění mimozdravotnické péče a přístup, který usnadní včasné zachycení duševního onemocnění, předejde jeho relapsu na neformální úrovni a zajistí určitý podpůrný sociální servis přímo v komunitě (Thornicroft, Szmukler, 2001).

O 40 let později autoři Thornicroft a Szmukler (2001) definují komunitní péči, která zahrnuje

principy a praktiky potřebné k zajištění servisu duševního zdraví, který je určen místní populaci.

Tento servis se uskutečňuje:

- ustanovením potřeb místní populace v oblasti léčby a péče
- zajištěním systému, který spojuje široké spektrum zdrojů odpovídající kapacity, a který je místně dostupný
- zaručením dostupnosti léčby a péče pro lidi s duševním onemocněním.

Pojem komunitní péče přesahuje klasické dělení péče na zdravotní a sociální. Cílovým stavem je celonárodně rozšířený systém regionální integrované komunitní péče. Systém, který by umožňoval využívání azylové, institucionální a nemocniční péče jen v nezbytných případech a maximálně by se snažil léčit, podporovat a pomáhat tak, aby duševně nemocný neztratil kontakt se svým přirozeným prostředím a svými sociálními rolemi.

2.3. Základní principy

Aby bylo možno dosáhnout výše zmíněných definic, je nutné, aby systém jako celek splňoval určitá kritéria. Z dokumentu Phare (1996) vychází několik bodů, které jsou pro takovéto fungování nezbytné. Je to:

- čtyřiaadvacetihodinová dostupnost základní pomoci, včetně krizové intervence a služby, která je schopna flexibilně asistovat přímo v místě vzniku příhody

- snadná dostupnost zdravotních i sociálních služeb ve smyslu fyzickém i psychologickém, součástí je i dostatečná informační síť o službách a jejich charakteru, která je snadno dostupná uživatelům
- rychlé předávání odpovídajícím službám, aby nedocházelo k nadbytečnému pokrytí či nedostatku potřebné péče
- návaznost péče, která by byla schopna pokrýt celou škálu klientových potřeb, aby nedocházelo k opakovaně epizodickému využívání
 - multidisciplinární spolupráce k co nejširšímu profesnímu pokrytí nastalé situace
 - možnost výběru služeb, který zajišťuje spoluúčast občana na rozhodnutí o nejadekvátnější formě pomoci
 - individuální přístup při tvorbě terapeuticko-rehabilitačního plánu, který respektuje jedinečnost klienta a jeho problematiky s ohledem na potřeby v různých životních fázích
 - diskrétnost v předávání informací, aby nebyla porušována klientova práva
 - účelnost nákladů jako předpoklad udržitelnosti systému. Důležité je sledovat rovinu programů jako celku, ne jen jednotlivé služby, čímž se zabrání duplikaci a vyčlenění nedostačujících

služeb. Důležité je také reflektování možností a míry využití přirozených zdrojů pomoci v komunitě

Dokument WHO (1976, in Matra III, 2004) navíc ještě zdůrazňuje pozornost, která musí být věnována dlouhodobě duševně nemocným, kteří si nejsou schopni sami aktivně říci o pomoc. Další bodem, na který upozorňuje, je důležitost zabránit vyřazení duševně nemocného ze společnosti, přičemž legislativa nesmí připustit, aby byli jako duševně nemocní nálepkováni ti občané, kteří jsou v opozici v některých politických, náboženských nebo kulturních otázkách.

Sochorová (2008), která se ve své práci zabývá principy komunitní péče, uvádí za základní:

1) Systémové nástroje

- jasně stanovená spádovost
- jasně stanovená cílová skupina
- celkově snadná dostupnost služeb
- existence vstupního místa do systému služeb
- legislativa
- účelnost nákladů
- využívání existujících zdrojů komunity
- postavení a vyváženost lůžkové a mimolůžkové péče
- rozsah služeb

2) Profesní nástroje

- flexibilita služby
- individuální koordinovanost a návaznost jednotlivých typů služby
- týmový způsob práce

- multidisciplinární složení týmu
- asertivní přístup
- péče v přirozeném prostředí
- vzdělávání profesionálů
- individuální přístup ke klientovi
- partnerství s klientem, zplnomocňování klienta
- zaměření se na zdraví, spíše než na patologii

3. Situace v ČR

3.1. Vývoj od roku 1990

Zdravotnictví v ČR prošlo po roce 1989 desetiletím velmi podstatných změn. Byl zaveden pojišťovenský systém, centralistický systém socialistické státní zdravotní péče, tvořený 7 krajskými a 75 okresními ústavy národního zdraví byl postupně nahrazen pluralitní soustavou téměř 24 000 zdravotnických zařízení. V určité fázi došlo i k fragmentaci služeb, staré služby někdy zanikaly, aniž by byly vybudovány jejich adekvátní náhrady (Matra III, 2004).

Od roku 1995 probíhal v ČR proces formulace politiky péče o duševně nemocné a výsledný dokument „Koncepce oboru psychiatrie“, přijatý odbornou radou MZ ČR v roce 2001, je krokem k modernější péči o duševně nemocné. Nicméně, jak je uvedeno v Politice péče o duševní zdraví, Cesty k její realizaci (2003) tento dokument je stále založen na klasickém systému psychiatrické péče, kde si lékařská profese zachovává svou dominantní a kontrolující roli, není

přesně popsán její celkový princip a funkce sítě služeb a nadále se počítá s rolí psychiatrických léčeben.

3.2.Sít služeb poskytovaných v ČR

Specializace služeb je vždy spojena s nějakou formou centralizace, zatímco nespecializovanost - všeobecnost - služeb je spojena s principem decentralizace. Při plánování jakékoliv služby v oblasti péče o duševně nemocné je vždy zapotřebí hledat optimální kompromis, který by nejlépe odpovídal podmínkám daného místa. Ideální situace je, když služby tvoří systém propojených, vzájemně spolupracujících služeb, což je u nás zatím jen hudba budoucnosti (Matra III, 2004).

Pro přehlednost krátce pojednáme o jednotlivých typech, na závěr zmíníme funkci podpůrného systému, který je u nás dosud opomíjen.

3.2.1. Lůžková péče

▪ **Psychiatrické léčebny**

V roce 1990 byl počet lůžek v psychiatrických léčebnách více než 15 000. Do roku 1995 bylo uzavřeno více než 3500 lůžek. Následně se tento trend zpomalil, v posledních letech se počty lůžek mění pouze v řádu desítek. V ČR je v současné době 11,04 psychiatrických lůžek na 10 000 obyvatel. Střední hodnota v zemích EU je 8.7, ve vyspělejších státech dokonce o polovinu nižší.

Geografické rozložení PL neodpovídá trendům doporučeným Světovou zdravotnickou zprávou, která

zdůrazňuje potřebu malých lůžkových zařízení s dobrou vazbou na komunitu. Spádová oblast velkých léčeben je přibližně 1 milion a vzdálenost z okrajových částí je zhruba 200 km, což komplikuje kontakt pacientů s jejich rodinami. PL většinou nemohou splňovat podmínky pro ubytovací standardy a často ani hygienické normy (ložnice s více než 10 lůžky, počty sociálních zařízení).

Koncepce oboru psychiatrie, přijatá MZ ČR v roce 2001, si klade za úkol při celkovém úbytku počtu lůžek zhruba o polovinu, ponechat v léčebnách pouze péči o dlouhodobé pacienty a navýšit akutní péči v psychiatrických odděleních nemocnic. Současně doporučuje zvýšit kapacitu dalších služeb: psychiatrických ambulancí, denních stacionářů, krizových služeb, chráněných bydlení atd. Teoreticky se uvažuje o třech možných scénářích změny v souvislosti s PL:

- varianta s rozdělením péče v PL
- varianta se zachováním jen některých oddělení PL
- varianta se zachováním jen některých PL

▪ **Psychiatrická oddělení**

Poskytují krátkodobější pobyt na lůžku za účelem diagnostiky a odbornou pomoc v akutních stavech nemoci, včetně situací, kdy pacient kvůli nemoci ohrožuje sebe i ostatní.

U nás existuje ve 27 psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic 1546 lůžek a v posledních letech nevzniklo žádné nové psychiatrické oddělení (Politika péče o duševní zdraví, Cesty k její realizaci, 2003).

Výhledově, v rámci rozvoje sítě služeb, se počítá s navýšením na celkový počet 4080 lůžek, přičemž podmínkou je zrušení odpovídajícího počtu lůžek v Psychiatrických léčebnách. O plánované změně v jednotlivých typech poskytovaných služeb viz příloha č. 1.

3.2.2. Ambulantní péče

▪ **Všeobecný lékař**

Všeobecný lékař je zpravidla prvním kontaktem a má největší možnost znát rodinné zázemí. Může hrát důležitou roli v časném nasměrování pacienta na adekvátní odbornou pomoc a v další koordinaci postupu pomoci somatické, psychiatrické i sociálně pracovní (Matra III, 2004). Vzhledem k této důležitosti není jejich zapojení do systému péče o duševní zdraví na potřebné úrovni, což je dáno např. charakterem jejich vzdělání a omezením v předepisování některých skupin léků.

▪ **Ambulance psychiatrů, klinických psychologů**

Počty psychiatrických ambulancí v posledních letech průběžně rostly, naopak počty ambulantních klinických psychologů v první polovině 90. let dramaticky klesly. Teprve v posledních pěti letech je patrný trend k nárůstu. V současné době v ambulancích pracuje 625 psychiatrů, 440 klinických psychologů a 393 středních zdravotnických pracovníků, přičemž velká část psychiatrických ambulancí pracuje bez sestry. Práce mimo ambulanci,

např. domácí návštěvy, není prakticky vůbec provozována.

3.2.3. Specifické komunitní služby

▪ **Krizové služby**

Původně nebyla krizová péče viděna jako cosi odděleného od klasické psychiatrické ústavní péče, což přinášelo problém s těžkou dostupností, odborník neměl kontakt s přirozeným prostředím pacienta. Urgentní a krizové služby většinou vznikaly na základě místních iniciativ jako reakce na nedostatky v síti klasických psychiatrických služeb (Pfeiffer, 1994/95).

Krizové služby je možno dělit na čtyři základní články, které mohou existovat samostatně, v ideálním případě však tvoří propojený celek (Matra III, 2004):

- telefonická pomoc provozovaná profesionály nebo dobrovolníky
- krizové kontaktní centrum
- služba s možností přespání
- mobilní služba, domácí léčení

▪ **Denní stacionáře**

Zpočátku denní zařízení jako alternativa k lůžkové péči vznikaly v Evropě již před druhou světovou válkou. Byly označovány jako denní kliniky a byly organizační součástí lůžkových zařízení. Brzy se prokázalo, že skutečně mohou v řadě případů předcházet hospitalizaci či nahrazovat klasickou lůžkovou péči (Pfeiffer, 1994/95).

Jsou to zařízení docházkového typu, která poskytují specializovaný léčebně preventivní program pro duševně nemocné jak v akutních fázích nemoci, tak pro následnou péči. Péče je zajišťována pomocí multidisciplinárního týmu. Denní zařízení jsou většinou orientována na jednu ze čtyř základních funkcí, která vychází z potřeb klientely. Základní funkce jsou:

- terapeutická
- rehabilitační
- oblast zaměstnávání
- oblast sociální (Matra III, 2004).

Ve zdravotnickém sektoru existuje celkem 22 zařízení typu denního stacionáře. V posledních třech letech počty denních stacionářů stagnují, rozsah a spektrum terapeutických programů se v důsledku finančních omezení ze strany pojišťoven spíše snižuje (Politika péče o duševní zdraví v ČR - zpráva o současném stavu, 2003).

▪ **Domácí léčba**

V zahraničí je tento způsob poskytování péče v domácím prostředí znám a rozvíjen v posledních 20 letech. Léčba je poskytována personálem, který původně pracoval na oddělení v nemocnici, a byl přeškolen na práci v komunitě. Pro lepší představu uvedeme cíle projektu, který se realizoval v 80. letech v USA. Cílem programu bylo zabezpečení pěti bodů při péči o pacienty, neboť jejich nesplnění by výrazně zvyšovalo možnost hospitalizace (Pěč, 1994/95):

- pomoc v získávání materiálních zdrojů
- zvládání sociálních dovedností
- motivace k udržení se v kontextu života v obci
- osvobození od patologicky závislých vztahů, které brání osobnímu růstu
- podpora a vzdělávání těch členů obce, kteří mají k pacientům nějaký vztah

Výsledek programu potvrdil vznik pozitivních změn v životech duševně nemocných na zmíněných úrovních, včetně předpokládané regulace počtu hospitalizací a času, který v léčebnách trávili. Výsledky hodnocení domácí léčby shrnuje Pěč (1994/95) do několika tezí:

- pacienti a jejich příbuzní dávají při léčbě akutních duševních poruch přednost domácímu prostředí před hospitalizací
- domácí léčba v komunitním systému může zredukovat potřebnost lůžek v nemocnici až o 80%
- i při fungujícím systému domácí léčby potřebuje až 40% pacientů hospitalizaci
- domácí léčba nemá horší klinické výsledky, spíše naopak
- domácí léčba je ekonomicky výhodnější.

Zkušenosti s domácí léčbou u psychiatrických pacientů jsou u nás zatím nevelké. Před rokem 1989 spadala tato možnost do kompetence sester ambulantních psychiatrů, ale dál se nevyvíjela. U nás je zatím zaveden spíše termín domácí ošetrovatelská služba, který se od pojmu domácí

léčba značně liší. Domácí ošetrovatelská služba se týká spíše péče o tělesné nemoci, v dosavadní koncepci těchto služeb zatím není zahrnuta specifika péče o duševní poruchy. Jednou z možností, jak tuto mezeru zaplnit, je rozvíjení a doplnění stávající služby domácího ošetrovatelství.

Druhou možností je včlenění služby domácí péče do rozvíjejících se regionálních multidisciplinárních týmů. Multidisciplinární tým v klasické podobě se skládá z pracovníků všech profesí, které mohou být klientovi prospěšné (psycholog, psychiatr, sociální pracovník, zdravotní sestra). V podmínkách ČR je tato praxe známá především z aktivit Fokus o.s., i když, jak říká MUDr. Jan Stuchlík, jeho podoba je v našem prostředí modifikovaná. *„Tým by měl obsahovat všechny profese, aspoň na částečný úvazek. Máme užší pojetí týmu, z důvodů finančních, a služby ostatních odborníků vyjednáváme, zprostředkováváme.“* (Stuchlík, *Sociální práce, 2008/1, s.38*)

Podle odhadu je až 80% klientových problémů sociální povahy (Stuchlík, *Sociální práce, 2008/1, s.37*). Z toho vyplývá důležitost přímé spolupráce v klientově přirozeném prostředí. Terénní způsob práce umožňuje klientovi zůstat aktivním ve vlastním prostředí a eliminuje rizika sociální exkluze.

▪ **Podpora práce a zaměstnávání**

Možnost a schopnost pracovat a být zaměstnán je bezesporu důležitým aspektem hodnocení každého ve společnosti, ale i důležitým aspektem sebehodnocení a sebedůvěry. Zároveň je zaměstnání jednou ze základních částí sociálních vztahů. Pro dlouhodobě duševně nemocné se nemožnost či neschopnost pracovat

stává velmi zřetelným a citlivým handicapem, který může vyústit v invalidizaci. Přiznání invalidního důchodu dává duševně nemocnému určitou míru sociální jistoty, avšak stigmatizuje ho vyloučením z pracovního zařazení a vyloučením z části běžné společnosti. Proto je snaha o pracovní terapii či rehabilitaci směřující k ideálnímu cíli stálého zaměstnání důležitým článkem péče o duševně nemocné (Matra III, 2004).

Prvními pokusy u nás bylo zařazování duševně nemocných do chráněných dílen pro tělesně postižené. Výsledná neúspěšnost byla většinou způsobena nevycvičeným personálem a nepřihlédnutím k míře a druhu onemocnění (Novák, Stuchlík, 1994/95).

Od roku 1989 se v ČR postupně začala budovat škála programů směřujících k zapojení duševně nemocných do běžných pracovních podmínek. Programy pracovní rehabilitace se staly nedílnou součástí systému psychiatrické rehabilitace a sociálního začleňování. Mají své místo v „Koncepci oboru psychiatrie“. Bohužel množství těchto programů je v ČR značně omezené, a to zejména na větší města. Větší variabilita programů je zatím jen v Praze (Matra III, 2004).

Programy pracovní rehabilitace a podpory zaměstnávání se v ČR zabývá okolo 10 organizací, většinou nestátních neziskových organizací. Jsou to zejména sdružení Fokus v různých městech ČR, dále Green Doors, Eset-Help, sdružení Práh. Programy jsou většinou financovány z dotací Ministerstva práce a sociálních věcí, úřadů práce, jednotlivých obcí, grantů od nadací a z prodeje výrobků či poskytovaných služeb (Matra III, 2004).

Můžeme rozlišit několik forem podpory práce a zaměstnávání:

Pracovně rehabilitační programy a podpora zaměstnání

Bariéry při získávání a udržení zaměstnání na otevřeném pracovním trhu redukuje programy pracovní rehabilitace. Za účelem snížení některých bariér v pracovním uplatnění osob s duševním onemocněním se tak v průběhu času postupně vyvíjely (a i nadále vyvíjí) jednotlivé druhy pracovně rehabilitačních programů (McAlpine, Warner, 2001, via Farbiaková, 2007).

Volné členění typů pracovních programů na:

- a) model předpracovního tréninku („The prevocational training model“);
 - b) podporované zaměstnání („Supported employment“);
- (Farbiaková, Sociální práce, 1/2008)

Model předpracovního tréninku („The train-and-place model“)

Předpracovní trénink obvykle zahrnuje řadu stupňů, kde je klient postupně zařazován do zaměstnání. Tyto programy často zahrnují rozsáhlé období v chráněném zaměstnání, kde pracují převážně lidé se znevýhodněním.

Kroky, které vytváří kontinuum programů pracovní rehabilitace dle Libermana, jsou:

1. zjišťování (vyhodnocení) pracovních dovedností
2. příprava na práci
3. trénink pracovních dovedností

4. chráněné zaměstnávání (chráněné dílny a podniky)
5. přechodné zaměstnávání
6. nalezení zaměstnání
7. podpora v zaměstnání

Výše uvedený Libermanův „krokový model“ je v posledních letech kritizován, včetně představy, že lidé s duševním onemocněním by měli postupně procházet jednotlivými stupni pracovních rehabilitačních programů (tedy postupovat od nejméně náročných k náročnějším pracovním podmínkám). Jak je uvedeno výše, hodnocením těchto programů se došlo k závěru, že programy předpracovního tréninku nezvyšují klientovu schopnost získat a udržet si práci na otevřeném pracovním trhu.

Velkým nedostatkem tohoto modelu bylo, že klienti nepostupovali z chráněných pracovních dílen dále směrem k práci na otevřeném trhu a tedy i neschopnost překonat znevýhodněné postavení těchto osob na trhu práce.

Podporované zaměstnávání („The-place-and-train model“)

Programy podporovaného zaměstnávání se rozvíjely a rozšiřovaly od počátku 80. let jakožto alternativa k výše zmíněnému modelu. Becker, Drake (2005) uvádí, že během deseti let bylo podporované zaměstnávání upraveno pro osoby s duševním onemocněním na základě řady výzkumných studií. Je to významná metoda, která nachází stále více své místo v zaměstnávání osob s duševním onemocněním.

Model podporovaného zaměstnávání dosahuje u osob s duševním onemocněním lepších pracovních

výsledků ve srovnání s tradičními programy. Dosahuje vyššího podílu v získávání práce na otevřeném trhu, vyššího počtu pracovních hodin a vyššího platu (Bailey et al. 1998 in McAlpine, Warner, 2001).

Složky efektivní pracovní rehabilitace

Jak uvádí Farbiaková (2008) uvedené modely péče mají své zastánce i odpůrce. V současné době je pozornost nově zaměřena na složky efektivní pracovní rehabilitace, která je specificky určená pro osoby s duševním onemocněním (McAlpine, Warner 2001).

Kromě toho v rámci podpory zaměstnávání osob s duševním onemocněním je kladen důraz na další možnosti pracovního uplatnění (pracovní příležitosti), které jsou vytvořené proto, aby zvýšily pracovní příležitosti pro lidi se znevýhodněním, tím že poskytují podpůrné prostředí bez stigmatizace. Jedná se např. o sociální firmy, sociální družstva ad., které produkují zboží nebo poskytují služby jako jakákoliv jiná firma a nabízejí možnost soustavného zaměstnání pro tyto osoby (Farbiaková, Sociální práce, 2008/1).

4. Vývoj služeb v oblasti bydlení

4.1. Situace od roku 1990

Schopnost klienta žít v komunitě je oporou celého rehabilitačního procesu. Jestliže klient není schopný žít sám nebo má s okolím problematické vztahy ústící i do konfliktů, pak se otevírá prostor mimo jiné právě pro podporu v bydlení. Ta by měla posílit či alespoň udržet (a někdy i nahradit) klientovy kompetence potřebné pro jeho setrvání v podmínkách běžného života, aniž by z nich byl principiálně vylučován (Matra III, 2004).

Do roku 1989 dlouhodobě duševně nemocní u nás měli možnost bydlení doma, dlouhodobého pobytu v léčebně, existovaly také domovy důchodců s psychiatrickou péčí. Jakákoli mimonemocniční zařízení, která by poskytovala jak komplexní rehabilitaci, tak doléčování lidí s duševním onemocněním, úplně chyběla. I když se situace po roce 1989 změnila ve prospěch komunitní péče, chráněná bydlení a podpora v bydlení vznikaly velice pozvolna. Důvodem byla finanční náročnost a komplexní charakter těchto zařízení, který vyžaduje úzkou spolupráci s dalšími oblastmi (Pěč, 1994/95).

Jedná se o systém různých typů bydlení, odlišujících se mírou podpory a tréninku ze strany odborného personálu. Tento systém poskytuje podmínky pro nácvik v samostatnosti vedení domácnosti a umožňuje klientům s dlouhodobě či celoživotně limitovanou mírou samostatnosti život mezi běžnou

populací (Politika péče o duševní zdraví, Cesty k její realizaci, 2003).

V devadesátých letech se u nás rozvíjely dvě formy podpory bydlení: mobilní a rezidenční. Mobilní služba není vázána na konkrétní zařízení, je poskytována klientovi doma. Je nastavena tak, aby směřovala do klientova přirozeného prostředí. Klient má místo, kde je doma, a to nezávisle na poskytování podpory bydlení. To znamená, že konec poskytování služby neznamena zároveň ztrátu bytu, jako je tomu v případě rezidenční služby. Pracovníci tak nevystupují ve vztahu k bytu v mocenské pozici, nerozhodují tedy ani o tom, jak má klientovo bydlení vypadat, jsou více nuceni vycházet z cílů klienta (Matra III, 2004).

Rezidenční služby vznikaly v České republice od první poloviny devadesátých let. Jedná se o domy či větší byty, v nichž žije pohromadě více osob, nebo o samostatné byty. Rezidenční služba je vždy spojena s poskytnutím ubytování, s domem či bytem, jehož provozovatelem je rovněž poskytovatel služby. Klient nemá k místu svého bydliště normální nájemní vztah, možnost bydlet v zařízení je vázána na poskytování sociální služby a klient je tam jen po dobu, během níž je potřeba mu poskytovat pomoc a podporu. Oproti mobilní službě se rezidenční služby liší určitými pravidly, která musí klient přijmout a respektovat. Jedná se o vlastní provozní pravidla bydlení nebo o kontakty s terapeutky či asistenty. Rezidenční služby je nutno chápat jako určitý krok do komunity, který však není zbaven rizika stigmatizace (Matra III, 2004).

Je důležité si uvědomit, že systém poskytování podpory v bydlení by měl být chápán jako problém

celé obce, nikoli jen zdravotnických či sociálních zařízení, jako je tomu dosud.

Hlavní principy přístupu v podpoře bydlení, jak je formulují autoři Carling a Ridgway (1989, in Pěč 1994/95) navazují na dlouholetý vývoj této služby v západní Evropě. Pro srovnání a snadnější vymezení problematických oblastí, které jsou typické pro současný stav v ČR, a které přímo souvisí i s problematikou vzdělávání v dané oblasti, doplňuji komentář zachycující rozdíl mezi potřebou a skutečností. Jsou to:

1. Přístupnost a volba. Dává se přednost "volbě" před "umístěním", klient by měl mít možnost rozhodnout o tom, kde a s kým bude žít.

2. Kladení důrazu na vtažení klienta do procesu rozhodování o sobě samém, plánovaném systému a službě jako takové.

3. Spolupráce s rodinou. Rodina by neměla být jediným možným zdrojem péče, ale měla by se účastnit celého procesu plánování a podpory v procesu rehabilitace.

4. Užití běžného prostředí a rolí. Jak jen je to možné, měli by si lidé trénovat nové dovednosti v prostředí, ve kterém je budou užívat. Teprve pokud je prostředí náročnější než jsou schopnosti a možnosti klienta, je dobré využít přechodně i pomoci a zdrojů, které jeho dovednosti nahradí.

5. Důležité jsou dovednosti, které se vztahují k danému prostředí

6. Musí být zabezpečena dostupnost a rychlá odpověď poskytované pomoci

7. Podpora by měla být pružná, reagovat na současnou potřebu, a být dlouhodobá

8. Potřeba "advokacie". Klienti se často setkávají s diskriminací, plynoucí ze stigmatizace. Vzhledem k nedostatku bytů je zapotřebí obhajovat jejich práva na všech úrovních.

9. Podpora finanční.

4.2.Zkušenosti po roce 2007

Vývoj péče o duševně nemocné od roku 1990 se všemi svými specifiky nejednotnosti v poskytování, živelným a ne vždy koordinovaným poskytováním, měl jakoby logicky vyústit k přijetí nové legislativy, která by dosavadní zkušenosti shrnula v jednotné úpravě. Alespoň taková byla očekávání od zákona 108/2006 sb., Zákona o sociálních službách. Už samotné návrhy před konečným přijetím však budily podezření, že v samotném zákoně je počítáno především s poruchami somatickými, které lépe vyhovují možnostem plánovaných dotazníků a škál hodnocení. Na výsledcích těchto šetření pak měla záviset jedna z nejpodstatnějších částí zákona, totiž nárok na výplatu „příspěvku na péči“, který by podle logiky zákona měl klienta přiblížit možnosti využívat podle svých potřeb jasně definovanou síť sociálních služeb. Tento postup ovšem nijak

nevymezuje problematiku posuzování nároku na příspěvek v případech, kdy je posuzovaným klientem člověk trpící duševní poruchou. V následující kapitole uvedu konkrétní příklady aplikace zákona v žádostech o přiznání příspěvku na péči. Budu se při tom soustředit na momenty, které jsou natolik specifické pro klienty sociálních služeb trpících duševní poruchou, že jejich výsledkem je namísto očekávané integrace sociální exluze.

4.2.1. Žádost o příspěvek na péči - teorie a praxe

Jak říká zákon 108/2006 sb.: *„Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti.“* Rozhodujícím momentem pro přiznání příspěvku na péči je uznání stupně závislosti osoby žádající o příspěvek. Stupně závislosti jsou čtyři (lehká, středně těžká, těžká a úplná závislost) a zjišťují se pomocí šetření sociálního pracovníka úřadu příslušné městské části. Šetření probíhají v místě bydlení formou dotazování klienta na jednotlivé body dotazníku. Šetření je jedním ze tří zdrojů informací o klientově zdravotním stavu a event. nároku na příspěvek. Oproti dalším dvou zdrojům, kterými je zdravotní zpráva ošetřujícího lékaře a závěr posudkové komise příslušného úřadu, je samotné šetření poměrně problematickým zdrojem informací. Jak ukazuje praxe, existují minimálně tři sporné momenty už v tomto základním šetření, které mohou mít zásadní vliv na přiznání příspěvku na

péči. Stručně popíši tyto sporné momenty s údaji získanými z pozorování v mé praxi na chráněném bydlení Bona o.p.s.:

- šetření se soustředí na aktuální zdravotní stav klienta, nebere přitom v potaz specifika duševního onemocnění s jeho cyklickým průběhem, během kterého se stupeň závislosti na pomoci další osoby zásadně proměňuje.

Příklad: klient, který po vyplnění dotazníku nedosáhl ani na první stupeň závislosti a nároku na přiznání příspěvku na péči, byl při kontrolním šetření (proběhlo jen díky ochotě tázajícího se sociálního pracovníka), které se zaměřovalo na schopnosti klienta v období zhoršeného zdravotního stavu, uznán oprávněným žádat o příspěvek na péči ve výši druhého stupně závislosti.

- Šetření a jeho průběh se neřídí jednotnou koncepcí, každý sociální pracovník přistupuje k šetření na základě vlastních dojmů a znalostí (neznalostí) dané problematiky, což má na výsledek šetření nezanedbatelný vliv.

Příklad: u šetření, kterým předcházela konzultace s terapeutem týkající se specifických potíží dané skupiny, byl výsledek pro klienta mnohem příznivější, než v případech, kdy šetření proběhla bez konzultací.

- Samotné šetření se omezuje jen na rychlé vyplnění dotazníku.

Příklad: U pětadvaceti šetření jsme měli možnost zaznamenat dobu, kterou samotné vyplnění dotazníku s klientem trvalo. Průměrný čas na

zodpovězení 36 otázek dotazníku byl 5 minut, což znamená zhruba 9 vteřin na otázku.

4.2.2. Výplata příspěvku na péči

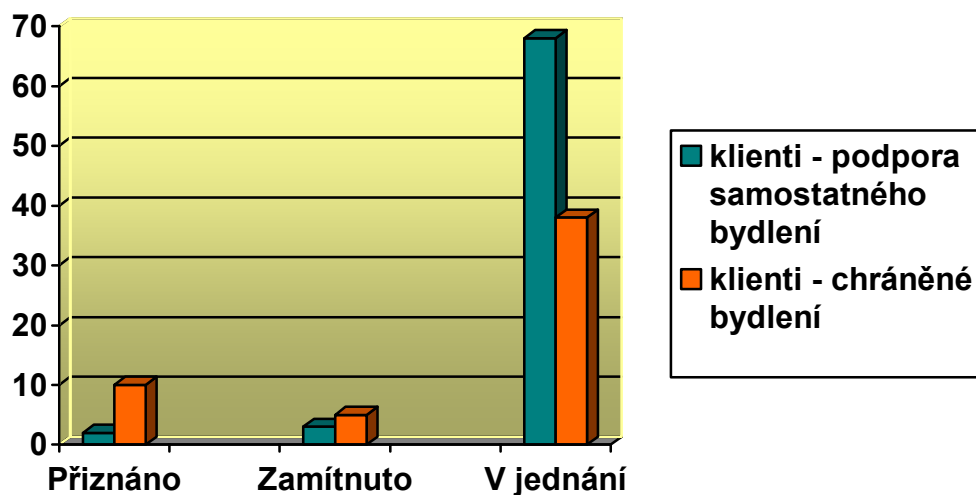
V této kapitole stručně nastíním situaci, která nastala u skupiny klientů Bona o.p.s., kteří si v lednu 2007 zažádali o příspěvek na péči.

Příspěvek na péči se od ledna roku 2007 stal pro mnoho klientů zásadní možností příjmu v případě, že se rozhodli užívat některé z nabízených sociálních služeb, nebo, jako ve většině případech, v užívané službě setrvat.

Celkový počet klientů Bona o.p.s. využívajících služby v oblasti bydlení v roce 2007 byl 126. Podle nové terminologie služeb podle zákona o sociálních službách poskytuje Bona o.p.s. dvě služby v oblasti bydlení: Chráněné bydlení (53 klientů) a Podporu samostatného bydlení (73 klientů). Nový zákon počítal od začátku s tím, že organizace bude částečně financována z příspěvků na péči vybraných od klientů za poskytování služby. V případě, že klientovi nebyl příspěvek přiznán nebo je jeho přiznání v jednání, je klient povinen hradit si službu z vlastních zdrojů. Jak ukazuje graf vycházející ze situace k prosinci 2007, byla po roce od podání žádosti většina klientů povinna hradit si sociální službu ze svých zdrojů. V případě chráněného bydlení je výše úhrady ve výši minimální úrovně závislosti, což je 2 000,- Kč. V případě podpory samostatného bydlení je platba odvislá od sazby hodinové konzultace, ta je 84 Kč/h.

Pro značnou část klientů využívajících služeb v oblasti bydlení znamená tato situace značnou

finanční zátěž, kterou, pokud chtějí službu využít nebo v ní setrvat, musejí nést až do rozhodnutí o přiznání/nepřiznání příspěvku na péči.



Obrázek 1:
Úspěšnost při žádostech o příspěvek na péči (jedná se o součet žádostí podaných v lednu a únoru roku 2007)

5. Vzdělávání pracovníků komunitní péče

5.1. Situace do roku 2007

S rozvojem občanské společnosti vzniká od devadesátých let množství nestátních organizací, zabývajících se péčí o lidi trpících duševní poruchou. Organizace zpočátku vznikají bez vnější legislativní koncepce, která by jejich činnost usměrňovala nebo zapojovala do uceleného systému. Vzniká tak poměrně rozmanitá síť služeb, které se snaží reagovat na potřeby lidí trpících duševní poruchou. Hlavním úskalím takového rozvoje je ve výsledku problematická provázanost a návaznost

jednotlivých služeb, což jsou hlavní pilíře systému komunitní péče, jak se vyvíjel od padesátých let. Až do zavedení zákona o sociálních službách v roce 2007 neexistují jednotné standardy kvality služeb, které by činnosti organizací upravovaly a vymezovaly.

Jak shrnuje Probstová (2008): „...chybí strategie budování a financování systému komunitní péče o lidi se závažným duševním onemocněním, která by akceptovala nutnost spolupráce zdravotních a sociálních služeb (multidisciplinární regionální týmy). Chybí systém celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků, který by mimo jiné na tuto nutnost reagoval. Je nezbytné, aby systém, byl specifický pro sociální pracovníky, ale aby zároveň umožňoval vzdělání sociálních pracovníků jako členů týmů pečujících o lidi s duševním onemocněním.“

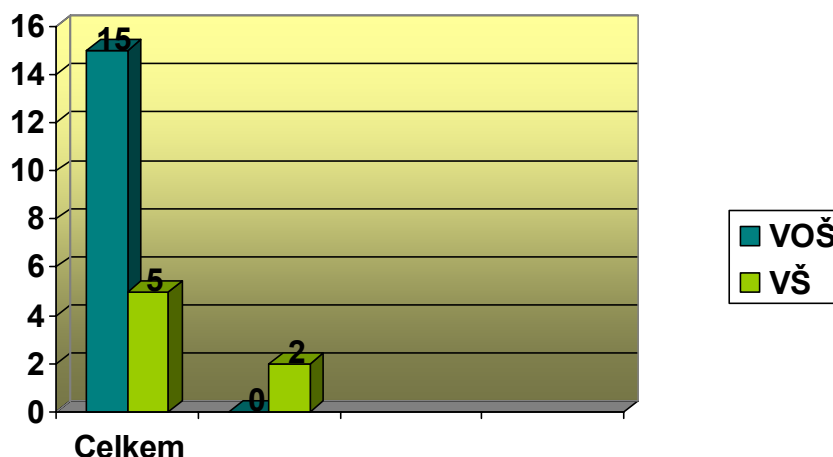
V oblasti vzdělávání neexistuje až do roku 2007 kritérium, které by určovalo typ nebo úroveň vzdělání, kterým by měl zaměstnanec disponovat. Samotné vzdělávání v rámci organizací je závislé na rozhodnutí vedení, neexistuje jednotný program nebo vzdělávací modul, který by naplňoval specifické potřeby pracovníků v komunitní péči. Prvotní náhlý rozvoj služeb provázený často nedostatkem odborně kvalifikovaných zaměstnanců se v druhé polovině devadesátých let poměrně stabilizoval přílivem čerstvých absolventů vysokých a vyšších odborných škol. V další kapitole bych se tedy rád zaměřil na nabídku vzdělávání v oblasti práce s lidmi trpícími duševní poruchou v rámci vysokých a vyšších odborných škol v ČR.

5.1.1. Analýza vzdělávání sociálních pracovníků v komunitní péči o duševně nemocné v ČR v rámci VŠ a VOŠ

Vliv na kvalitu poskytované péče a celkovou funkčnost systému komunitní péče o duševně nemocné má bezpochyby i úroveň vzdělání absolventů VŠ a VOŠ, které své programy zaměřují buď na sociální práci nebo jí příbuzné obory. V oblasti komunitní péče o duševně nemocné se totiž od roku 1990 výrazně mění i pozice profesí, které se v dané oblasti angažují. Kromě lékařů, zdravotních sester a psychologů, se posiluje role sociálního pracovníka. Především v souvislosti s rozvojem práce způsobem case-managmentu, se sociálního pracovník stává klíčovým pracovníkem v práci s klientem. Vzhledem k poměrně živelnému a nekoncepčnímu vývoji komunitní péče v ČR se nedá popsat jednotný systém vzdělávání pro danou oblast, i když se jedná o velmi specifický obor sociální práce. Až do přijetí zákona o sociálních službách bylo poměrně běžné, aby se v dané oblasti uplatňovali pracovníci bez odborné kvalifikace, což nutně nemuselo znamenat nedostatek ostatních kvalit potřebných pro výkon zaměstnání. Nicméně s platností Zákona o sociálních službách vstupuje do oblasti péče o duševně nemocné povinnost vzdělávání pracovníků v sociálních službách.

Při vyhledávání informací o nabízených kurzech věnujících se problematice péče o lidi trpící duševní poruchou jsem vycházel z oficiálních sylabů jednotlivých škol na rok 2007. Z pěti vysokých škol vypisují na svých katedrách sociální práce předmět týkající se komunitní péče dvě vysoké školy (FFUK v Praze, UJEP v Ústí nad Labem).

Z patnácti vyšších odborných škol nebyl v roce 2007 vypsán žádný předmět, který by se touto problematikou zabýval (viz graf č. 2).



Graf č. 2: Školy nabízející vzdělání v oblasti komunitní péče o duševně nemocné

5.2. Situace po roce 2007

5.2.1. Požadavky na vzdělání vyplývající ze zákona o sociálních službách

Zákon o sociálních službách přesně definuje úroveň odborné způsobilosti sociálního pracovníka k výkonu povolání, což je vůbec první legislativní požadavek pro výkon profese v sociálních službách. Sociální pracovník musí disponovat vyšším odborným vzděláním získaným absolvováním vzdělávacího akreditovaného programu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost (Zákon o sociálních službách,

108/2006 Sb.). Další možností je podle zákona vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském nebo magisterském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči nebo speciální pedagogiku.

Pro množství sociálních pracovníků s vysokoškolským vzděláním bez odpovídajícího odborného zaměření existuje možnost absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů (viz § 112, 108/2006 Sb.) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let.

Podstatnou část pracovníků v sociálních službách tvoří lidé bez předchozí odborné kvalifikace a potřebné délky praxe. Pro tuto skupinu vyplývá ze zákona povinnost dosáhnout požadovaného vzdělání do sedmi (v případě absence maturitní zkoušky v oboru sociálně právním) nebo desíti (pokud maturitní zkoušku v oboru získal) let od přijetí zákona.

Těmito požadavky se nastavuje základní úroveň vzdělání odpovídajícího výkonu profese sociálního pracovníka. Jeho další vzdělávací potřeby by měly odpovídat požadavkům konkrétní oblasti, ve které se při výkonu profese pohybuje, což znamená nutnost dalšího kontinuálního vzdělávání. Podle § 111 108/2006 Sb. má sociální pracovník povinnost dalšího vzdělávání, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Další vzdělávání se děje na základě objednávky konkrétních akreditovaných kurzů, které by měly odpovídat poptávce dané skupiny zaměstnanců.

Aby mohl zaměstnavatel, jehož povinností je krom jiného umožnit svým zaměstnancům kontinuální

vzdělávání, vybrat odpovídající vzdělávací programy, musí mít zmapované potřeby svých zaměstnanců.

A tak v další kapitole přiblížím způsob, jakým se dá takové mapování potřeb u zaměstnanců provést.

5.2.2. Celoživotní vzdělávání v sociálních službách

Myšlenka celoživotního vzdělávání pracovníků je podrobně zpracovaná v projektu „Celoživotní vzdělávání pracovníků v sociálních službách“, jehož autorem je PhDr. Tošner (Hestia o.s., 2007). Metodika celoživotního vzdělávání v sociálních službách si klade za cíl nabídnout nástroje, které na několika úrovních – počínaje pracovníky v přímé péči a konče zástupci vedení – umožní sestavit vzdělávací plány nutné pro udržení a zvýšení kvality péče a zároveň potřebné pro zaměstnance z hlediska jejich profesního rozvoje i udržení motivace k setrvání v pomáhajících profesích bez příznaků vyhoření. Vzhledem k záměrům mé práce se soustředím především na první ze tří metodických pilířů popsaných v daném projektu. Jedná se o Autodiagnostickou metodu (viz příloha č.2), na jejímž základě jsem měl možnost zmapovat vzdělávací potřeby pracovníků Bona o.p.s. Vzhledem k tomu, že jsem se ve své práci zaměřil na potřeby pracovníků a klientů ve srovnání s výstupy celoevropského výzkumu PSYCHO RESCUE v rámci programu Leonardo da Vinci, nerozpracovával jsem další metodiku celoživotního vzdělávání, přestože by její důkladné zpracování bylo pro organizaci více než přínosné.

Kromě Autodiagnostické metody, kterou podrobně popíšu níže a především v praktické části, je

metodika celoživotního vzdělávání v sociálních službách postavena na dalších dvou metodických výstupech. Je to metodika tvorby individuálních vzdělávacích plánů a metodika tvorby komplexního systému a plánu vzdělávání pro organizaci.

Výstupem Autodiagnostické metody je seznam vzdělávacích potřeb pracovníka zařazený k odpovídajícím tematickým oblastem a vzdělávacím modulům. Tyto výstupy v praktické části srovnám s tematickými oblastmi získanými z projektu PSYCHO RESCUE, ten popíši v další kapitole.

5.3. Výzkum vzdělávacích potřeb pracovníků komunitní péče v oblasti bydlení v EU

5.3.1. Program Leonardo da Vinci – výzkum PSYCHO RESCUE

V této kapitole stručně nastíním východiska a zaměření výzkumu PSYCHO RESCUE, který proběhl pod záštitou italského programu Leonardo da Vinci. Tento výzkum se bezprostředně týká i služby chráněného bydlení pro lidi trpící duševní poruchou v ČR (dále jen služba chráněného bydlení). Na výzkumu, jehož partnerem pro ČR bylo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, jsem měl možnost se podílet sběrem dat od respondentů. Podrobnější informace jsou potom k dispozici na internetové adrese <http://www.psychorescue.org>.

Praktická část mé práce si klade za cíl hlouběji analyzovat vzdělávací potřeby pracovníků organizace Bona o.p.s., přičemž výsledky bych rád srovnal s výstupy italského výzkumu PSYCHO RESCUE.

V rámci programu Leonardo da Vinci, proběhl v letech 2000 až 2006 výzkum PSYCHO RESCUE (PSYCHO RES.C.U.E. – PSYCHIatric RESidential Care communities: Upgrading and Enhancing skills and competences for operators professional qualification – *Psychiatrická pobytová komunitní péče: Zlepšování a zvyšování odborných dovedností a kompetencí pro odborníky*).

Výzkum se zaměřil na definování odborníka chráněného bydlení a zabýval se jak pracovníky v přímé péči s klienty, tak managementem jednotlivých organizací. Samotná myšlenka výzkumu přímo navazuje na princip deinstitucionalizace psychiatrické péče, která se dá považovat za trend, který je znatelný v celé Evropě. Vzhledem k tomu, že rozvoj komunitních služeb s sebou kromě jiného nese i problematiku nepřehlednosti kompetencí a profesních rolí zúčastněných odborníků vedoucí často k praktické neschopnosti definovat profesní roli a vymezení, výzkum si kladl za cíl definovat schopnosti a činnosti, kterými by měl disponovat pracovník ve službě chráněného bydlení.

Výzkum se neomezuje na problematiku uvnitř jednoho národnostního celku, ale překračuje hranice zahrnující šest členských zemí EU (Itálie, Skotsko, Lotyšsko, Holandsko, Řecko a Českou republiku).

Praktickým výstupem je kromě srovnání vzdělávacích trendů jednotlivých zemí i praktický manuál, který podrobně charakterizuje profil odborníka chráněného bydlení na základě získaných dat. Výstup stručně zmíním v další kapitole. Ve své práci jsem pro ilustraci použil výstup, který můžeme považovat za pracovní. Konečný výsledek mi v době zpracování práce nebyl k dispozici a vzhledem

k pracovní variantě se liší, viz. Sociální práce 1/2008. Pro účel mé práce, ve které se snažím zmapovat problematiku vzdělávání u pracovníků konkrétní organizace, je pracovní verze výstupu zcela postačující, navíc díky své podrobnosti lépe vykresluje jednotlivé oblasti vzdělávání. Tento pracovní výstup se jmenuje List of function a pracovně jsem ho přeložil jako Seznam funkcí (ve smyslu schopností a dovedností, kterými by měl pracovník disponovat)

5.3.2. List of function - Seznam činností

Seznam činností nebo dovedností, kterými by měl pracovník chráněného bydlení disponovat je rozdělen do šesti základních okruhů. Jednotlivé okruhy zahrnují nejdůležitější oblasti spolupráce mezi pracovníkem a klientem. Jsou rozpracovány do podrobnějších kapitol s maximální konkretizací jednotlivých činností, čímž dávají prostor pro jasnější představu o jednotlivých oblastech.

Celý seznam činností je k dispozici v příloze č. 2. Pro představu o možných rezervách v doplňování dovedností a schopností připojuji vždy krátký komentář. Komentáře vyplývají z odpovědí zaměstnanců Bona o.p.s., jejichž odpovědi jsou použity i v praktické části, a jsou reakcemi na zmiňované oblasti, resp. konstatováním, jestli v dané oblasti byl pracovník během své studijní nebo profesní kariéry školen.

1) ÚČAST NA PROCESU HODNOCENÍ UŽIVATELE SLUŽEB

1-1) SCHOPNOST POROZUMĚT NÁSTROJŮM, KTERÉ SLOUŽÍ K PLÁNOVÁNÍ POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB A PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU.

1-2) EFEKTIVNÍ KOMUNIKAČNÍ A POZOROVACÍ DOVEDNOSTI JAKO SOUČÁST PROCESU HODNOCENÍ.

1-3) FORMULACE HODNOCENÍ SROZUMITELNÝM ZPŮSOBEM.

1-4) SCHOPNOST URČOVAT POTŘEBY A ZDROJE.

1-5) SCHOPNOST IDENTIFIKOVAT SYMPTOMY A ZPŮSOBY CHOVÁNÍ JEDNOTLIVCE PROŽÍVAJÍCÍHO PROBLÉMY DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ.

1-6) SCHOPNOST IDENTIFIKOVAT PŘÍZNAKY KRIZE / RELAPSU

1-7) SCHOPNOST KOMUNIKACE ZA ÚČELEM IDENTIFIKACE VEDLEJŠÍCH ÚČINKŮ MEDIKACE A DOPAD, KTERÝ MÁ NA JEJICH ZDRAVÍ.

1-8) SCHOPNOST VYHODNOTIT DOVEDNOST UŽIVATELŮ NEZÁVISLE VYKONÁVAT KAŽDODENNÍ ČINNOSTI.

1-9) SCHOPNOST VYUŽÍT ZÁKLADNÍCH HODNOTÍCÍCH NÁSTROJŮ K VYHODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA.

1-10) SCHOPNOST VYHODNOTIT MOTIVACI UŽIVATELŮ SLUŽEB A SCHOPNOST ŽÍT NEZÁVISLE V KOMUNITĚ DLE 5 INDIKÁTORŮ

- Potřeba změny
- Odhodlání ke změně
- Otevřenost vůči vzbám s ostatními
- Uvědomění si sama sebe
- Povědomí o okolí (např. schopnost rozlišit různá prostředí - lidi, místa, situace - a vhodný způsob přístupu k nim).

2) VYPOŘÁDÁVÁNÍ SE S RIZIKEM.

2-1) VYPOŘÁDEJTE SE S JAKÝMKOLI ZPŮSOBEM CHOVÁNÍ, KTERÝ JE RIZIKEM PRO UŽIVATELE ČI PRACOVNÍKY.

2-2) VYPOŘÁDÁVÁNÍ SE S PROBLÉMOVÝM CHOVÁNÍM.

3) BUDOVÁNÍ PRACOVNÍCH KOALIC MEZI UŽIVATELI SLUŽEB A RODINOU ČI PEČOVATELI.

3-1) PŘÍSTUP K UŽIVATELŮM SLUŽEB A JEJICH RODINÁM A PEČOVATELŮM JAKO K EXPERTŮM NA SVOU VLASTNÍ SITUACI.

3-2) PODPORA A HÁJENÍ ZÁJMŮ ZÁKONNÝCH A OBČANSKÝCH PRÁV UŽIVATELŮ SLUŽEB, RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ A PEČOVATELŮ.

3-3) PŘIMĚŘENÉ REAKCE NA POCITY A EMOCE.

3-4) KOMUNIKACE S UŽIVATELI SLUŽEB, RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY A PEČOVATELI, UDRŽOVÁNÍ VZTAHU.

F4) PODPORA SAMOSTATNOSTI (SAMOSPRÁVY)

4-1) AKTIVNÍ ROLE V BUDOVÁNÍ PARTNERSTVÍ MEZI UŽIVATELI A POSKYTOVATELI SLUŽEB

4-2) PROJEVENÍ DŮVĚRY A PODPORA UŽIVATELOVA ZVLÁDNUTÍ EMOCÍ

4-3) PODPORA NEZÁVISLOSTI UŽIVATELE SLUŽEB POSKYTOVÁNÍM PODPORY V DENNÍCH ČINNOSTECH.

4-4) MOTIVACE UŽIVATELE SLUŽEB, ABY BYLI AKTIVNÍMI ÚČASTNÍKY VE SVÝCH VLASTNÍCH TERAPEUTICKÝCH PROCESCH A PODPORA K IDENTIFIKACI A PRÁCI NA OSOBNÍCH CÍLECH.

4-5) PODPORA UŽIVATELE SLUŽEB, ABY VYJADŘOVAL SVÉ NÁZORY A POSTOJE KE SLUŽBÁM, KTERÉ UŽÍVÁ

4-6) PROPAGACE A NÁPOMOC KE SVĚPOMOCI A VZÁJEMNÉ PODPOŘE UŽIVATELŮ SLUŽEB, RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ A PEČOVATELŮ.

5) PODPORA SOCIÁLNÍ A KOMUNITNÍ INTEGRACE

5-1) OCHOTA PRACOVAT MEZIRESORTNÍM A PARTNERSKÝM PŘÍSTUPEM ZA ÚČELEM DOSAŽENÍ UŽIVATELOVÝCH CÍLŮ A PŘÁNÍ.

5-2) PODPORA UŽIVATELE SLUŽEB, ABY VYUŽÍVAL PŘÍLEŽITOSTÍ KE SMYSLUPLNÝM ČINNOSTEM, NAPŘ. ZAMĚŠTNÁNÍ, VZDĚLÁNÍ, ODBORNĚ-VDĚLÁVACÍCH PROGRAMŮ, VOLNOČASOVÝCH AKTIVIT.

5-3) PROPAGACE POROZUMĚNÍ PROBLÉMŮM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ A COPING (ZVLÁDACÍ) STRATEGIE.

6) SPRÁVA SLUŽEB

6-1) DODRŽOVÁNÍ POSTUPŮ A PROCEDUR.

6-2) PRÁCE JAKO SOUČÁST TÝMU.

6-3) AKTIVNÍ ÚČAST NA SETKÁNÍ.

6-4) AKTIVNÍ ROLE VE ZLEPŠOVÁNÍ KVALITY
POJEKTU.

6-5) ROZVOJ PREVENTIVNÍCH PŘÍSTUPŮ PROTI STRESU
A SYNDROMU VYHOŘENÍ.

Praktická část

6. Cíle výzkumu

Praktická část diplomové práce je rozdělena do dvou částí. První část analyzuje vzdělávací potřeby zaměstnanců chráněného bydlení pro lidi s psychickou poruchou Bona o.p.s. pomocí Autodiagnostické metody. Záměrem této analýzy je zmapování oblastí, které pracovníci považují za důležité pro výkon svého zaměstnání a ve kterých by se potřebovali nadále školit a vzdělávat. Výsledky první části šetření by dále měly potvrdit nebo vyvrátit výchozí otázky:

- Jsou naplněny potřeby pracovníků v oblasti vzdělávání?
- Mají pracovníci potřebu dalšího vzdělávání?

Druhá část si klade za cíl srovnat vzdělávací potřeby pracovníků konkrétní organizace s výstupy výzkumu PSYCHO RECUE a zodpovědět následující otázky:

- Je či není profil pracovníků kompatibilní s profilem pracovníka, jak jej popsal výstup projektu PSYCHO RECUE?
- V čem se profil pracovníků liší od profilu pracovníka, jak jej popsal výstup projektu PSYCHO RECUE?

Praktická část si neklade za cíl podat ucelený přehled o potřebách pracovníků v oblasti jejich vzdělávání. Jejím cílem je spíše získání základní

představy o možné disproporci vzdělávání pracovníků a výsledků výzkumu na evropské úrovni. Ze získaných výsledků by měl vzniknout prostor pro diskuzi, ve které by bylo možné hledat další možnosti ve zpřehledňování a zkvalitňování systému chráněného bydlení pro lidi s psychickou poruchou v ČR.

Podstatným usnadněním mé práce byl fakt, že v dané organizaci již několik let pracuji, čímž jsem se mohl lépe seznámit s danou problematikou a při získávání potřebných dat jsem měl možnost dostat se dál, než by se dostal vnější pozorovatel. Úskalím této situace je ovšem fakt, že oproti vnějšímu pozorovateli mohou být mé závěry zkreslené nedostatečným odstupem.

S těmito předpoklady a riziky jsem se ve své práci snažil počítat a rizika pokud možno minimalizovat.

6.1. Metoda sběru informací

Pro analýzu vzdělávacích potřeb pracovníků Bona o.p.s. jsem zvolil Autodiagnostickou metodu, která je jedním ze tří metodických prvků „Celoživotního vzdělávání pracovníků v sociálních službách“ (Tošner, 2007). Autodiagnostická metoda umožňuje velmi přehledným způsobem získat přehled o oblastech činností, které pracovník považuje za podstatné pro své další vzdělávání a výkon zaměstnání. Sběrem dat tímto způsobem je možné dosáhnout ucelené představy o vzdělávacích potřebách dané skupiny pracovníků, což je v mé práci důležité pro srovnání s výstupem projektu PSYCHO RESCUE.

Dále jsem srovnával dosažené výsledky analýzy potřeb pracovníků Bona o.p.s. s výstupy výzkumu PSYCHO RESCUE. Tímto způsobem bylo možné získat představu o tom, jakým způsobem se skupina pracovníků chráněného bydlení blíží navrhovanému profilu pracovníka v této oblasti.

Protože pracovníci Bona o.p.s. tvořili podstatnou část respondentů italského výzkumu pro ČR, rád bych srovnal s výsledky výzkumu PSYCHO RESCUE pro ČR s výsledky mé analýzy vzdělávacích potřeb u stejné skupiny pracovníků Bona o.p.s.. Toto srovnání by mělo sloužit k zamyšlení nad tím, jaké jsou možné příčiny výsledků a možných disproporcí mezi získanými výsledky.

6.1.1. Volba výběrového souboru a obecná charakteristika zařízení

Výběrový soubor zahrnuje pracovníky chráněného bydlení Bona o.p.s. Soubor zahrnuje celkem sedm pracovníků, pět žen a dva muže ve věku od 25 do 30 let. Čtyři pracovníci pracují ve službě chráněného bydlení, tři ve službě podpory samostatného bydlení. Všichni pracovníci jsou na pozici terapeutů v přímé péči s klienty. Dva pracovníci mají vzdělání v sociální práci na úrovni VOŠ, tři pracovníci studují sociální práci na VŠ a dva mají pedagogické vysokoškolské vzdělání.

Uživateli služeb jsou dospělí lidé trpící duševní poruchou z okruhu psychóz, diagnostické vymezení v rozsahu F 20 až F 29 dle MKN 10. Bona o.p.s nabízí dva druhy sociální služby v oblasti bydlení: chráněné bydlení a podporu samostatného bydlení.

Chráněné bydlení nabízí pobyt v samostatných objektech pro skupinu 10 - 15 uživatelů. Celková kapacita čtyř objektů je 53 uživatelů. Tři z těchto objektů se nalézají v těsné blízkosti PL Bohnice, jeden na Praze 10. Chráněné bydlení je zaměřené především na obnovu, podporu a rozvíjení schopností a dovedností spojených s provozem domácnosti, životem ve skupině a realizaci uživatelské zakázky. Zakázka, se kterou klient do služby vstupuje, může obsahovat spolupráci na cílech v několika základních oblastech: bydlení, zaměstnání, zdraví, vztahy, finance a volný čas. Spolupráce probíhá individuálně, uživatel s terapeutem vytváří individuální plán a konkrétní dohody o podpoře, na jejichž realizaci podle dohody spolupracují v průběhu poskytování služby. Kromě individuální spolupráce se klienti aktivně podílejí na chodu společné domácnosti: nakupují, vaří, uklízejí, perou atd. Uživatelé bydlí na jedno až třílůžkových pokojích. Každý objekt má vedoucího terapeuta, který je přítomen každý všední den od 7:30 - 16h. V nočních hodinách a o víkendech je chráněné bydlení zajištěné recepčními službami, celkem je na jeden objekt pět recepčních služeb, které se ve službách střídají.

Chráněné bydlení je službou dlouhodobou, smlouva se uzavírá vždy na jeden rok s možností dalšího prodloužení, přičemž základní podmínkou prodloužení je trvání zakázky.

Podpora samostatného bydlení je službou poskytovanou klientům v jejich bytech, které mají většinu případů pronajaté od Nadace Bona, která s poskytovatelem služeb úzce spolupracuje. Celkový počet uživatelů služby je 76, terapeuté jsou 3.

Uživatelé bydlí v samostatných garsoniérách nebo po dvou ve větších bytech. Podpora a spolupráce s terapeutem probíhá podle domluvených schůzek, jejichž četnost se odvíjí od potřeby uživatele. Schůzky probíhají podle dohody buď v bytě uživatele nebo v kanceláři terapeuta. Oblasti spolupráce jsou zaměřené především na hledání následného bydlení, hledání zaměstnání nebo volnočasových aktivit. Jedná se o službu časově omezenou, smlouva se uzavírá na jeden rok. Podrobnější vymezení podmínek poskytování je stejně jako u chráněného bydlení vymezeno zákonem 108/2006 sb., Zákon o sociálních službách.

6.2. Průběh šetření u pracovníků

Pracovníci pobytových služeb Bona o.p.s. obdrželi dotazníky Autodiagnostické metody v říjnu 2007. Soubor byl tvořen 7 pracovníky - 4 pracovníci chráněného bydlení, 3 pracovníci podpory samostatného bydlení, což je plný počet pracovníků služeb v oblasti bydlení. Dotazníky byly rozdány s vysvětlujícím komentářem, při vyplňování mohli pracovníci klást doplňující nebo upřesňující otázky. Vyplněné dotazníky neobsahovaly osobní údaje o pracovníkovi, aby byla zachována anonymita dotazovaných.

6.2.1. Základní otázky Autodiagnostické metody

Ze sedmi otázek Autodiagnostického dotazníku jsem pro cíle výzkumu vyhodnocoval a interpretoval pět otázek, které odpovídají cílům výzkumu. Otázka zaměřená na příklad dobře zvládnuté praxe a

závěrečné hodnocení Autodiagnostické metody jsem záměrně nepoužil, ty totiž nejsou pro cíle výzkumu relevantní. Otázka týkající se příkladu dobré praxe nesměřuje k mapování potřeb v oblasti vzdělávání. Cílem mého šetření bylo zmapovat ty oblasti, které můžeme pokládat za vůbec nebo nedostatečně pokryté průběžným vzděláváním. Příklady dobré praxe jsou významnou oblastí, která naopak ukazuje na silné stránky a zdroje pracovníků. Ze stejného důvodu jsem vynechal odpovědi na závěrečné hodnocení dotazníku, které je využitelné v případě systematické práce s Autodiagnostickým dotazníkem. K některým základním otázkám Autodiagnostické metody jsem pak přidal doplňující otázku, která měla zjistit, jakým způsobem a zda byl pracovník v dané oblasti školený. Pracovníci odpovídali na následující otázky:

1. Popište nějakou příhodu či opakuující s situací, kdy jste při jednání s klientem nebo spolupracovníkem nebyl s výsledkem spokojen a měl jste při tom pocit, že jste si mohl počínat lépe.

2. Zamyslete se nad tím, jaké činnosti ve své práci vykonáváte. Uveďte všechny činnosti, kterými se během práce zabýváte, bez ohledu na to, jestli patří do vaší pracovní náplně, či nikoliv. Činnosti nejdříve sepište do levého sloupce tak, jak vás budou napadat. Ke každé činnosti přiapište, jaký význam má činnost pro úspěch vaší práce (0 - žádný, 1 - malý, 2 - střední, 3 - značný,

4 - rozhodující). Podle stejné škály ke každé činnosti přiapište, jak byste se v ní chtěli zdokonalit.

3. Jaké činnosti byste ve své práci dělat chtěl, ale neděláte je? Činnosti sepište do levého sloupce a ke každé přiřaďte, jaký význam by mohla mít pro vaši práci (0 - žádný, 1 - malý, 2 - střední,

3 - značný, 4 - rozhodující). Podle stejné škály ke každé činnosti přiřaďte, jak byste se v ní chtěli zdokonalit.

4. Pravděpodobně máte také nějaké důležité schopnosti a vlastnosti, které ve Vaší práci nejsou využity. Zkuste si je připomenout a sepsat.

5. Označte, do jaké míry byste se chtěl zdokonalit v následujících interpersonálních dovednostech (0 - vůbec, 1 - trochu, 2 - středně, 3 - značně, 4 - zásadně):

1. Navázání a udržení kontaktu a spolupráce s klientem

2. Posouzení problému klienta

3. Řídit rozhovor, prosadit se

4. Podpořit klienta, pomoci mu nést těžkou situaci

5. Pomoci klientovi přijít na lepší řešení situace

6. Jednat s více klienty, kteří k sobě patří (členové rodiny, obyvatelé ústavu aj.), pracovat s jejich vztahy

7. Jednat s nadřízenými, podřízenými a spolupracovníky

8. Účinně vyjednávat s pracovníky jiných organizací

9. Rozeznávat vlastní osobní pocity v různých pracovních vztazích a umět s nimi pracovat

10. Umět udržet své hranice, aby člověk nebyl příliš zasažen utrpením druhých

11. Neztrácet radost ze života v důsledku zátěže v práci

12. jiné...

6.2.2. Odpovědi na otázku č.1, interpretace odpovědí

Odpovědi na otázku č.1 jsem se pokusil shrnout do konkrétních činností nebo dovedností, které ze situace popisované pracovníkem vyplývaly. Tím jsem dostal první okruh činností, které považují pracovníci za důležité pro další vzdělávání. Své závěry jsem s každým pracovníkem konzultoval, aby se výsledek co nejvíce blížil představě pracovníka o tom, v čem by se potřeboval školit. Školením v tomto kontextu není míněno pracovní zaškolení při nástupu do zaměstnání, ale vzdělání v rámci VŠ, VOŠ nebo vzdělávacích seminářů a školení na daná témata.

Jak se ukázalo z odpovědí, čtyři pracovníci uvedli v líčení své situace potíže související s aktivizací pasivního klienta. Ve dvou pracovnících vyvolávalo opakování takové situace frustraci a pocit marnosti ze spolupráce, která se nikam neposouvala. Jeden pracovník popisoval nepříjemné pocity související s nutkáním „dělat věci za klienta“, aby spolupráce mohla pokračovat. Při konkretizaci činností, které by s problematickými situacemi mohly pomoci, uváděli pracovníci tyto dovednosti:

- umění motivovat ke spolupráci
- schopnost vyjednávat podmínky spolupráce
- práce s vlastními pocity
- různé způsoby vedení rozhovoru, komunikační strategie

Příklad: „Opakovaně zjišťuji, že je pro mne obtížné komunikovat s lidmi, kteří jsou v rozhovoru pasivní (odpovídají jednoslabičně apod.), obzvláště pokud s nimi potřebuji řešit něco konkrétního (např. konkretizovat zakázku, pracovat na individuálním plánu atd.). V takové situaci většinou znervózním, je mi nepříjemně a mám pocit, že je to na mně vidět.“

Na doplňující otázku, jestli byli pracovníci v daných činnostech školení v průběhu studijní nebo profesní dráhy, odpověděli pracovníci následovně:

Činnost	Proškolen/a	Neproškolen/a
Motivace	2	5
Vyjednávání	0	7
Práce s pocity	3	4
Vedení rozhovoru	4	3

Dalším problematickým okruhem bylo vystupování na veřejnosti nebo před větší skupinou lidí. Tuto oblast uvedli dva pracovníci. Činnosti, které by pracovníci považovali za žádoucí zlepšovat byly tyto:

- zvládání stresu
- vyjednávání ve skupině, asertivita

Příklad: „Prezentace služeb na veřejnosti.
Obrovský stres, nervozita, neumím s tím pracovat.
Situaci nakonec nějak zvládnou, ale za cenu hrozného
vypětí.“

Odpovědi na doplňující otázku:

Činnost	Proškolen/a	Neproškolen/a
Stres	0	2
Vyjednávání, asertivita	1	1

Z dosažených odpovědí vyplývá, v jakých činnostech by pracovníci uvítali další školení a vzdělávání. Z poměrně základních oblastí, které pracovníci zmiňují vyplývá intenzivní potřeba vzdělávání už v základních oblastech komunitní péče. Výsledky tak odkazují k situaci vzdělávání v systému VŠ a VOŠ v ČR a rozmanitosti profesního vybavení pracovníků v sociálních službách.

6.2.3. Odpovědi na otázku č.2, interpretace odpovědí

Odpovědi na otázku č.2 podávají přehled o činnostech vykonávaných pracovníky, přičemž každou označují hodnotou (0 - žádný, 1 - malý, 2 - střední, 3 - značný, 4 - rozhodující), která vyjadřuje důležitost činnosti pro výkon zaměstnání. Míru potřeby dalšího školení nebo vzdělávání ukazuje pravý sloupec podle stejné škály. Do tabulky jsem vypsál činnosti, které pracovníci uvádějí. V prostředním sloupci je průměrná hodnota, jakou činnost pro pracovníky má (součet hodnot/počet

pracovníků). V pravém sloupci je pak potřeba zdokonalení v daných činnostech.

Činnosti	Důležitost v práci	Potřeba zdokonalení
Komunikace s uživ.	3,42	1,42
Komunikace s okolím, soc. síť	3,28	1,57
Nácvik soc. dovedn.	3,0	2,28
Znalost medicíny, psychopatologie	2,14	1,71
Spolupráce s úřady	3,42	2,14
Administrativa	2,0	1,57
Práce v týmu	3,57	2,28
Aktivizace uživ.	3,0	2,42
Spolupráce s jinými organizacemi	2,14	2,0
Individuální plánování s uživ.	3,57	2,0

Odpovědi na doplňující otázku:

Činnosti	Proškolen/a	Neproškolen/a
Komunikace s uživ.	5	2
Komunikace s okolím, soc. síť	3	4
Nácvik soc. dovedn.	3	4

<i>Znalost medicíny, psychopatologie</i>	6	1
<i>Spolupráce s úřady</i>	3	4
<i>Administrativa</i>	4	3
<i>Práce v týmu</i>	5	2
<i>Aktivizace uživ.</i>	2	5
<i>Spolupráce s jinými organizacemi</i>	0	7
<i>Individuální plánování s uživ.</i>	0	7

Z dosažených výsledků vyplývá několik závěrů:

- Z první tabulky vyplývá, že důležitost činností, které pracovníci uvedli, se pohybuje v rozmezí středně až značně důležité, což se dalo očekávat. Nicméně je zajímavé, že u stejných činností se potřeba zdokonalování pohybuje v rozmezí trochu až středně. Samotný výsledek by mohl vypovídat o tom, že odborné kompetence pracovníků v daných činnostech jsou naplňovány a rozvíjeny, takže potřeba dalšího zdokonalování není příliš vysoká.

- Předpoklad vyplývající z první tabulky se však nepotvrzuje ve srovnání s tabulkou, ve které pracovníci odpovídají na to, jestli byli v dané činnosti školeni, ať už během studijní nebo pracovní dráhy. Z dosažených výsledků je totiž zřejmé, že počet pracovníků, kteří byli v daných činnostech školeni dělá 44,7% z celkového počtu.

- Dalším výsledkem je úplná absence několika oblastí, které jsou pro danou profesi důležité, jako např. supervize, prevence syndromu vyhoření, krizová intervence.

- U odpovědí týkajících se zájmu o další školení je možné sledovat úplnou nebo částečnou absenci zájmu o něj, což ve svém výsledku působí velmi rozporuplně. Pracovníci sice uvádějí jednotlivé oblasti jako velmi významné nebo zásadní pro výkon jejich zaměstnání, přičemž vyjadřovaná potřeba dalšího vzdělávání v daných oblastech je nízká. Podle toho by se dalo usuzovat, že v odpovědích na doplňující otázku (Jak moc by uvítali další vzdělávání v daných oblastech?) budou pracovníci vykazovat vysokou potřebu dalšího vzdělávání. Ovšem odpovědi na doplňující otázku jsou oproti očekávání nízké. Vzhledem k tomu že podobná disproporce se u odpovědí českých respondentů objevila i ve výsledku italského výzkumu PSYCHO RESCUE, budu se možnými příčinami zabývat v dalších částech své práce.

6.2.4. Odpovědi na otázku č.3, interpretace odpovědí

Odpovědi na otázku č. 3 zjišťují, jaké činnosti by pracovník dělat chtěl, ale nedělá je. Tato otázka má podat přehled o činnostech, které by pro výkon práce byly relevantní, ale přesto nejsou vykonávány. Činnosti jsem zapsal do levého sloupce tabulky. Prostřední sloupec ukazuje význam, jaký by činnost mohla mít pro práci pracovníků (0 - žádný, 1 - malý, 2 - střední, 3 - značný,

4 - rozhodující). Pravý sloupec ukazuje potřebu zdokonalení podle stejné škály. Doplnující otázka má zmapovat z jakých příčin nejsou uvedené činnosti vykonávány.

<i>Činnosti</i>	<i>Důležitost v práci</i>	<i>Potřeba zdokonalení</i>
<i>Intenzivnější spolupráce s dalšími subjekty kom. Péče</i>	3,57	2,57
<i>Intenzivnější spolupráce s rodinami</i>	3,42	3,14
<i>Práce na koncepci služby (pracovní skupiny, plánování)</i>	3,14	2,71

Odpovědi na doplňující otázku:

<i>Činnosti</i>	<i>Příčiny</i>
<i>Intenzivnější spolupráce s dalšími subjekty kom. péče</i>	Nedostatek času, absence ucelených informací
<i>Intenzivnější spolupráce s rodinami</i>	Nedostatek času, vysoký počet klientů na pracovníka, absence odpovídajícího proškolení
<i>Práce na koncepci služby (pracovní skupiny, plánování)</i>	Nedostatek času

Z dosažených odpovědí vyplývá několik závěrů:

- První tabulka ukazuje oblasti, které pracovníci považují za důležité pro kvalitní výkon práce. Všechny zmiňované oblasti jsou podstatnými pilíři komunitní péče, což je znát i z důležitosti, jakou pracovníci uvedeným oblastem přiřadili.

- Z druhé tabulky vyplývají příčiny, které zamezují rozvíjení daných oblastí. Všechny zmiňované důvody jsou poměrně snadno očekávatelnými výsledky a jsou obecným problémem sociálních služeb. Nedostatečný počet kvalifikovaných pracovníků v přímé péči má za následek redukci poskytované služby na nezbytnou péči, kdy se z různých důvodů nedostává času na rozvíjení podstatných prvků komunitní péče.

6.2.5. Odpovědi na otázku č. 4, interpretace odpovědí

Otázka č. 4 mapuje důležité schopnosti a vlastnosti pracovníků, které nejsou využity. Na tuto otázku odpověděli kupodivu jen tři ze sedmi pracovníků. Při interpretaci jsem se tedy zaměřil na otázku, proč se většině pracovníků vůbec nechtělo na otázku odpovídat. Z odpovědí na doplňující otázku vyplynulo:

- Pracovníci mají své práce dost a nevidí reálnou možnost vnášet do své práce ještě další činnosti.

Příklad: „Rád bych s klienty jezdil někam do přírody nebo třeba maloval, ale už takhle toho mám nad hlavu, takže bych to stejně dělal ve volném čase.“

„Mohla bych přispět angličtinou, ale reálně to není možný, jsem ráda, že stíhám, co mám.“

Z odpovědí vyplynulo, že pracovníci nemají na rozvíjení vlastních specifických kvalit prostor, tudíž na takové možnosti dopředu rezignují.

6.2.6. Odpovědi na otázku č. 5, interpretace odpovědí

Otázka č. 5 má zjistit, do jaké míry by se pracovníci potřebovali zlepšit v konkrétních interpersonálních dovednostech (0 - vůbec, 1 - trochu, 2 - středně, 3 - značně, 4 - zásadně).

<i>Dovednosti</i>	<i>Potřeba zlepšení</i>
<i>1. Navázání a udržení kontaktu a spolupráce s klientem</i>	2,14
<i>2. Posouzení problému klienta</i>	2
<i>3. Řídit rozhovor, prosadit se</i>	1,85
<i>4. Podpořit klienta, pomoci mu nést těžkou situaci</i>	1,42
<i>5. Pomoci klientovi přijít na lepší řešení situace</i>	2,14
<i>6. Jednat s více klienty, kteří k sobě patří (členové rodiny, obyvatelé ústavu aj.), pracovat s jejich vztahy</i>	3

7. Jednat s nadřízenými, podřízenými a spolupracovníky	2,42
8. Účinně vyjednávat s pracovníky jiných organizací	2,15
9. Rozeznávat vlastní osobní pocity v různých pracovních vztazích a umět s nimi pracovat	1,42
10. Umět udržet své hranice, aby člověk nebyl příliš zasažen utrpením druhých	2
11. Neztrácet radost ze života v důsledku zátěže v práci	2,28

Z dosažených výsledků vyplývá, že oblasti, ve kterých se objevují hodnoty 2 a více, se týkají především týmové práce a spolupráce se širší sítí komunitní péče, mezi které můžeme počítat jak ostatní organizace, tak rodinné příslušníky. Je také možné vysledovat podobný trend v obdobných oblastech zmiňovaných v otázce č. 2 a 3, kde je spolupráce s rodinou a ostatními subjekty komunitní péče zmiňována.

6.3. Shrnutí dosažených výsledků

6.3.1. Analýza vzdělávacích potřeb, odpovědi na výchozí otázky

Z šetření vyplynulo, že oblasti, které zaměstnanci považují za důležité pro svoji práci, a ve kterých by potřebovali být nejvíc vzděláváni, jsou tři:

- **intenzivnější spolupráce s ostatními subjekty komunitní péče**
- **intenzivnější spolupráce s rodinami klientů**
- **spolupráce v širším týmu**

Z výsledků tak vycházejí jako žádoucí pro další vzdělávání ty oblasti, které tvoří zároveň základní pilíře komunitní péče. Směřování k jejich realizování v praxi by bylo díky zájmu pracovníků rozhodně pozitivním impulzem. Nicméně když se podíváme na příčiny, které naplňování těchto potřeb brání, situace se poměrně problematizuje.

Jako hlavní příčiny bránící jejich realizaci pracovníci totiž uvádí nedostatek času, pracovní přetížení v důsledku vysokého počtu klientů v přímé péči na jednoho pracovníka (cca 15) a nakonec absenci odpovídajícího vzdělání. Tímto se z problému, který se týkal samotného vzdělání a vzdělávání, dostáváme k potížím systémovým, které se týkají jak financování sociálních služeb, tak personální vybavenosti jejich pracovníků. Z toho vyplývá, že realizace jednotlivých kroků (vzdělávání pracovníků) bez ohledu na celek (systémové řešení organizace sociálních služeb a komunitní péče), může přinášet poměrně rozporuplné výsledky, viz níže.

Podívejme se nyní na odpovědi na naše výchozí otázky (viz kapitola 6.). Odpověď na naši první otázku, zda jsou naplněny potřeby pracovníků v oblasti vzdělávání, je bohužel záporná.

V tomto směru můžeme zmínit dvě základní úrovně, které mají na situaci bezprostřední vliv. Jednou je nedostatečné předchozí odborné vzdělání v rámci studia na VŠ nebo VOŠ. Další je nedostatečné

vzdělávání pracovníků v rámci organizace. Jako další příčiny můžeme uvést nedostatek motivace k dalšímu vzdělávání, které souvisí s pracovní vytížeností a nedostatku prostoru pro realizaci vzdělávacích nebo jiných aktivit. V tomto smyslu působí rozporuplně především výsledky otázky č.2, kde pracovníci přiřazují určitým aktivitám značný význam, nebyli v nich proškoleni, ale jejich potřeba vzdělávání v těchto oblastech je velice nízká. Můžeme to říct zjednodušeně:

- 1) Víím, co je pro mojí práci důležité.
- 2) Víím, jak málo jsem v této oblasti vzdělaný.
- 3) A víím, že přesto se v této oblasti nechci dále vzdělávat.

Takový výsledek působí na první pohled velice absurdně. Při bližším pozorování však můžeme ze získaných výsledků usuzovat na možné příčiny takových závěrů, které se nakonec ukážou jako poměrně pochopitelné, i když ne zrovna žádoucí. Těmto příčinám se budu podrobněji věnovat v další kapitole a při srovnání s výsledky italského výzkumu PSYCHO RESCUE, na který měla tato disproporce bezprostřední vliv.

Na druhou výchozí otázku, zda mají pracovníci potřebu dalšího vzdělávání, musíme bohužel odpovědět také záporně, což potvrzují získané výsledky (viz kapitola 6.2.3.). Pokud bychom neměli doplňující údaje o úrovni a rozsahu vzdělání, mohli bychom dojít k poměrně uspokojivému závěru:

- 1) Pracovníci jsou dostatečně vzdělaní a další vzdělávání nepotřebují.
- 2) Pracovníci sice nemají dostatečné základní vzdělání, ale systém průběžného vzdělávání jim

zajišťuje uspokojivou perspektivu, čímž jsou jejich potřeby v tomto směru zajištěny a nasyceny.

Ve skutečnosti je ale situace taková, že pracovníci vzdělávání potřebují, ale přesto ho nechtějí. Když vyloučíme variantu, že jsou spokojeni se situací tak, jak je, můžeme získanou disproporci interpretovat takto: Pracovníci mají potřebu dalšího vzdělávání, ale vzhledem k absenci prostoru na její realizaci ji považují za neuskutečnitelnou. Z této perspektivy se odpovědi na druhou výchozí otázku jeví v jiném světle.

- 1) Víím, co je pro mojí práci významné.
- 2) Víím, jak málo jsem v tom vzdělaný.
- 3) A víím, že v daném systému je téměř nemožné uvažovat o změně.

6.4.Srovnání výsledků s výstupy výzkumu PSYCHO RESCUE italského projektu Leonardo da Vinci

6.4.1. Shrnutí výsledků výzkumu PSYCHO RESCUE

Výsledným produktem výzkumu PSYCHO RESCUE je Seznam činností (viz příloha 3), který je vlastně profilem pracovníka služeb chráněného bydlení, který vychází z šetření uskutečněných v šesti zemích EU (Itálie, Řecko, Lotyšsko, Skotsko, ČR, Holandsko). Profil vychází z rozsáhlého šetření v oblasti vzdělávacích potřeb pracovníků jednotlivých zemí. Obsahuje oblasti, které jsou pro práci v službách chráněného bydlení nezbytné a tvoří základní pilíře práce v systému komunitní péče.

Podle očekávání byly potřeby dalšího vzdělávání velmi vysoké u Itálie, Skotska, Lotyšska a Řecka.

Holandsko, jak se ukázalo, nevykazovalo tak výraznou potřebu dalšího vzdělávání, což je pochopitelné vzhledem k vyspělosti systému komunitní péče. Zarážející byl však obdobný výsledek v případě ČR, kde je systém komunitní péče stále v počátcích.

Vzhledem k výsledkům, které jsem získal ze šetření s pracovníky, kteří tvořili podstatnou část respondentů pro ČR, můžeme předpokládat, že výsledná disproporce u výstupu projektu PSYCHO RESCUE odpovídá situaci, kterou jsem popsal u pracovníků Bona o.p.s. Za hlavní výsledek praktické části tak považuji určité objasnění příčin, které k možnému zkreslení mohly vést.

6.4.2. Odpovědi na výchozí otázky

Na výchozí otázku, jestli je či není profil pracovníků kompatibilní s profilem pracovníka, jak jej popsal výstup projektu PSYCHO RECUE, musíme opět odpovědět záporně. Jako hlavní příčiny můžeme uvést nekonceptnost a jen dílčí naplňování jednotného profilu pracovníka ve službách chráněného bydlení, jak je uveden ve výstupu výzkumu PSYCHO RESCUE.

Dále je možné považovat za důležitý faktor neexistenci koncepce vzdělávání v rámci VŠ a VOŠ v ČR. Tento deficit je zvláště zřetelný po přijetí zákona o sociálních službách – 108/2006 sb.. Z tohoto zákona vyplývá, že vzdělání v sociální práci je pro výkon zaměstnání v sociálních službách nezbytné.

Pokud jsou mé závěry o motivaci k naplňování vzdělávacích potřeb pracovníků správné, není problém v nedostatku motivace pracovníků, ale v systému,

který pro realizaci těchto potřeb nevyčleňuje dostatečný prostor.

Odpověď na druhou výchozí otázku (v čem se profil pracovníků liší od profilu pracovníka, jak jej popsal výstup výzkumu PSYCHO RESCUE?) můžeme shrnout do několika bodů:

- V podmínkách ČR neexistuje ustálený profil pracovníka ve službách chráněného bydlení.
- Oblasti popisované v profilu výstupu výzkumu PSYCHO RESCUE jsou uskutečňovány jen částečně a nahodile, což je způsobeno nejistotou v oblasti financování služeb poskytovaných lidem trpícím duševní poruchou.

6.5.Podněty k diskuzi

Služba chráněného bydlení pro lidi trpící duševní poruchou je součástí širšího systému komunitní péče. V Evropě má tento systém mnohaletou tradici, jejíž kořeny tkví v potřebě přehodnocení ústavního modelu psychiatrické péče.

Ve své práci jsem se věnoval konkrétní situaci v organizaci Bona o.p.s., přičemž popsání této situace může pomoci při částečném objasnění disproporce, jež vznikla ve srovnání se situací v jiných zemích EU. Díky výslednému profilu pracovníka pobytových služeb, tak jak je popsán ve výstupu výzkumu PSYCHO RESCUE, můžeme nyní vést diskuzi o tom, do jaké míry je zavedení jednotného profilu žádoucí, resp. do jaké míry je v podmínkách ČR možné.

- Je možné aplikovat standardizovaný profil pracovníka v podmínkách systému, který má ještě daleko k tomu, aby funkční systém připomínal?
- Je možné aplikovat jednotný profil pracovníka v prostředí nejednotné koncepce komunitních služeb pro lidi trpící duševní poruchou?
- Může být navrhovaný profil platformou pro vzdělávání na úrovni VŠ a VOŠ?
- Jaká je dlouhodobá udržitelnost pracovníků, aniž by se u nich projevil syndrom vyhoření?

Všechny tyto otázky by mohly být předmětem diskuze pro zástupce jednotlivých částí vznikajícího systému komunitní péče.

Osobně doufám, že navrhovaný profil se stane praktickým základem k návrhům dalšího vzdělávání, ať už v rámci průběžného vzdělávání v rámci organizací, tak na úrovni VŠ a VOŠ.

Závěr

Od doby, kdy po Rýně odplula poslední loď bláznů, uplynulo již několik století. Během této doby se projevy a nositelé toho, co dnes nazýváme duševní poruchou objevovali, záhadně mizeli, byli oslavováni nebo zamlčováni. Obohacující plnost šílené fantazie se uzavírala do zdí, odkud i přes veškerou snahu ji všelijak napravit prosakovala ven, kde vlastně vždycky měla své místo, i když to ne vždy bylo místo důstojné.

Čím je v tomto kontextu potřeba vytváření funkčního systému komunitní péče o lidi trpící duševní poruchou? Je to možná právě hledání místa uvnitř společnosti, namísto aby se vynakládaly zbytečné prostředky a úsilí na hledání místa vně. Za historickými souvislostmi se ale vždy dá dohledat konkrétní situace jednotlivců, organizací, států.

Právě podmínkami rozvíjení komunitní péče o lidi trpící duševní poruchou v ČR jsem se zabýval v části následující po historickém exkurzu. Snažil jsem se odpovědět na otázky vývoje komunitní péče před přijetím zákona o sociálních službách 108/2006 sb. a nastínit dopad přijetí zákona jak na pracovníky, tak na klienty služeb chráněného bydlení. Po všeobecném nastínění současné situace jsem přešel ke konkrétnímu příkladu služeb chráněného bydlení pro lidi trpící duševní poruchou poskytovaných Bona o.p.s. Vzhledem k tomu, že systém komunitní péče o lidi trpící duševní poruchou může fungovat a rozvíjet se jen za předpokladu, že se na něm budou podílet dostatečně kvalifikovaní

odborníci, věnuji se v závěru teoretické části možnostem vzdělávání pracovníků sociálních služeb.

Jaké vlastně jsou možnosti vzdělávání v tak specifickém oboru, jakým je komunitní péče o lidi trpící duševní poruchou? Po sedmnácti letech od sametové revoluce došlo k legislativním změnám, které konečně vymezily pozici pracovníka v sociálních službách a vymezily i jeho odborné vzdělání, jakož i další vzdělávání při výkonu profese. Tuto změnu můžeme považovat za první impulz k sjednocování kvality poskytované péče, která se dosud vyvíjela spíš dílčím způsobem a kterému chyběla jednotná koncepce.

Aby ovšem byla péče o lidi trpící duševní poruchou poskytována na dostatečné odborné úrovni, ukázalo se jako nezbytné propojit jednotlivé části vzdělávacího systému tak, aby se dalo hovořit o komplexním vzdělávání pro pracovníky v komunitní péči. V širším kontextu bude zřejmě nezbytné aplikovat vzdělávání v daných oblastech do školství v rámci VŠ a VOŠ. Příprava a vzdělávání, které bude pro budoucí odborníky započato již během studia tak bude základem, na který bude moci navázat vzdělávání v rámci jednotlivých organizací. Žádné vzdělávání není možné realizovat bez ohledu na to, jaký by měl být výsledný profil pracovníka.

Ve své práci jsem měl možnost srovnat analýzu vzdělávacích potřeb pracovníků Bona o.p.s. s výstupem italského programu Leonardo da Vinci, který takový profil nabídl. Jak v analýze potřeb pracovníků, tak ve výsledku italského projektu pro ČR se objevily obdobné disproporce. Ač se na první pohled mohlo zdát, že pracovníci služeb chráněného bydlení v ČR nejsou motivováni k dalšímu vzdělávání,

na vzorku pracovníků Bona o.p.s. jsem došel k závěru, že motivace k dalšímu vzdělávání je blokována spíše než pracovníky systémem, který na rozvíjení odborných kvalit pracovníků nebere zřetel. Tato skutečnost může připomenout i problém vysoké fluktuace pracovníků v sociálních službách, kdy se počáteční zdroje pracovníků rychle vyčerpávají a bez dalšího rozvíjení mizí docela.

Věřím, že jasnější vymezení odborných kompetencí a profilu pracovníků může vést jak ke stabilizaci a žádoucímu rozvíjení systému komunitní péče, tak k postupnému zvyšování kvality poskytovaných služeb.

Seznam použité literatury

Bailliere, Tindall, Cassell (1968): The fragment of mental disorders in the community. Billing Sons Limited, London

Farbiaková, I. (2008): Sociální práce 1/2008, Asociace vzdělavatelů v sociální práci, Brno

Foucault, M. (1994): Dějiny šílenství. Nakladatelství Lidových novin, Praha

Foucault, M. (1999): Psychologie a duševní nemoc. Dauphin, Praha

Hollander, D. d., Wilken, J.P. (1999): Psychosocial rehabilitation, a comprehensive approach. SWP Publisher, Utrecht.

Holandský projekt (2003): Výsledky projektu použité v rámci projektu Matra III, nepublikováno, CRPDZ, Praha

Janík, A. (1987): Veřejnost a duševně nemocný. Avicenum, Praha

Kaučká, A. (2001): Case management jako způsob práce sociálních pracovníků v komunitní péči o dlouhodobě duševně nemocné. Diplomová práce, FFUK- katedra sociální práce

Matoušek, O. (2003): Slovník sociální práce. Portál, Praha

Matoušek, O. (1999): Ústavní péče. Sociologické nakladatelství Slon, Praha

Novák P., Stuchlík J. (1994/95): Chráněné dílny. In: Politika péče o duševní zdraví: Cesta ke komplexním formám péče. Zahraniční a naše poznatky. IGA MZ ČR, překladatel sdružení Fokus

Pfeiffer, J. (1994/95): Politika péče o duševně nemocné. In: Politika péče o duševní zdraví: Cesta ke komplexním formám péče. Zahraniční a naše poznatky. IGA MZ ČR, překladatel sdružení Fokus

Pěč, O. (1994/95): Domácí léčba. In: Politika péče o duševní zdraví: Cesta ke komplexním formám péče. Zahraniční a naše poznatky. IGA MZ ČR, překladatel sdružení Fokus

Politika péče o duševní zdraví v ČR - zpráva o současném stavu (2003): pracovní materiál CRPDZ, Open society fund Praha

Politika péče o duševní zdraví v ČR- cesty k její realizaci (2003): pracovní materiál CRPDZ, Open society fund Praha

Projekt MATRA III - reforma psychiatrie (2004). CRPDZ, Praha

Probstová, V. (1994/95): Systém self-advokacy a pomoci. In: Politika péče o duševní zdraví: Cesta ke komplexním formám péče. Zahraniční a naše poznatky. IGA MZ ČR, překladatel sdružení Fokus

Probstová V. (2008): Sociální práce 1/2008, Asociace vzdělavatelů v sociální práci, Brno

Probstová, V. (1994/95): Case managment. In: Politika péče o duševní zdraví: Cesta ke komplexním formám péče. Zahraniční a naše poznatky. IGA MZ ČR, překladatel sdružení Fokus

Sochorová, G. (2008): Sociální práce 1/2008, Asociace vzdělavatelů v sociální práci, Brno

Stuchlík, J. (2001): Asertivní komunitní léčba a case managment. Fokus Praha a CRPDZ, Praha

Styx, P. (2003): O psychiatrii - jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi. Computer Press, Brno

Šťastná (2005): nepublikované přednášky na katedře sociální práce, předmět: Komunitní práce

Thornicroft, Szmukler (2001): Komunity psychiatriy. Oxford Press, New York

Tošner, J. (2007): Metodika vzdělávacích plánů. EuroProfis, Praha

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

Internetové zdroje:

<http://www.psychorescue.org>- informace o výzkumu

<http://www.ff.cuni.cz>- Univerzita Karlova

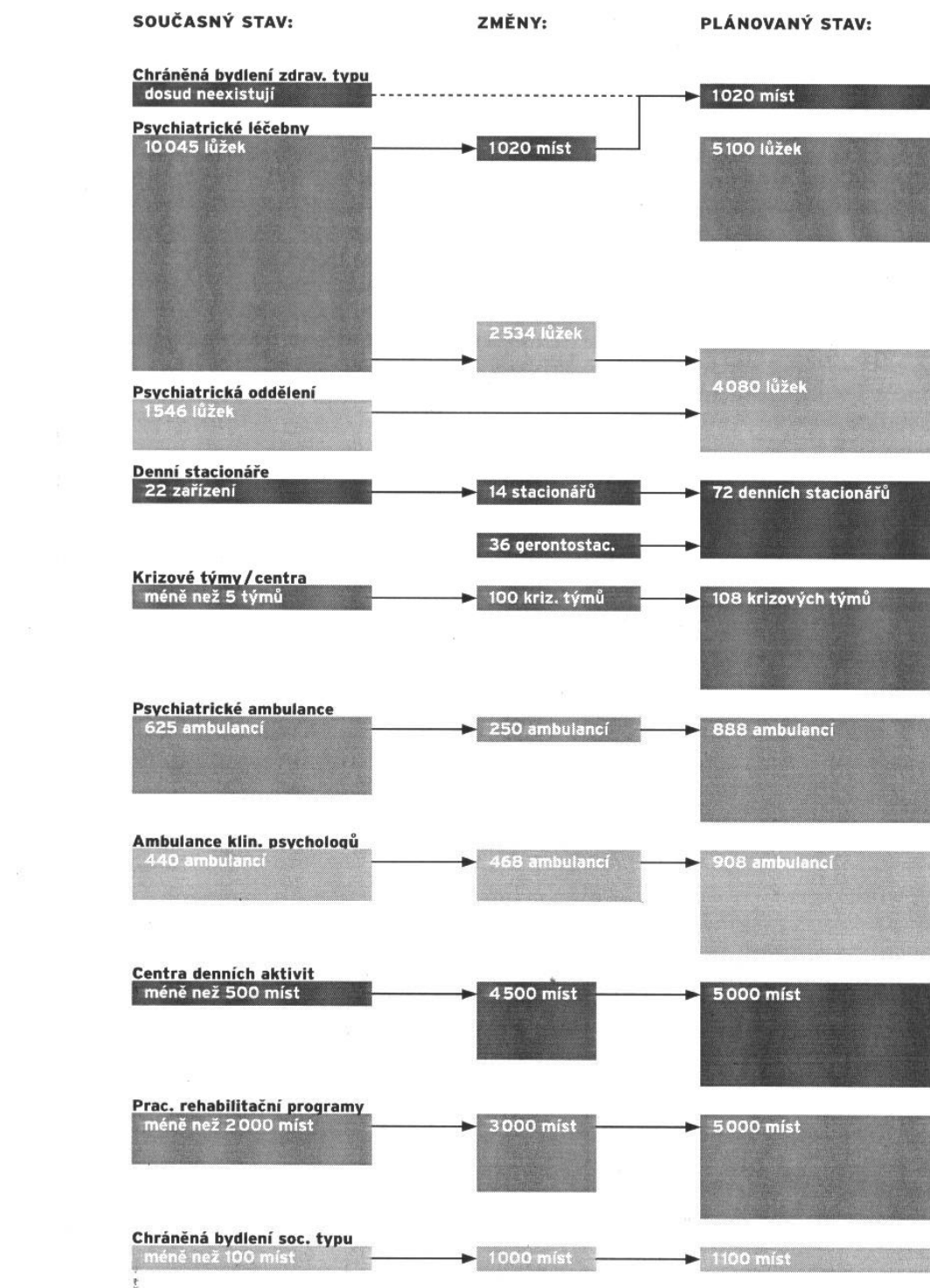
<http://www.fzu.cz/ruzne/univerzity.html>- informace o
vzdělávacích sylabech jednotlivých univerzit

<http://www.bona-ops.cz>- služby organizace Bona
o.p.s.

<http://www.mpsv.cz/cs/>

Přílohy

Příloha 1.



Graf 1 Rozvoj sítě služeb – současnost a plán

AUTODIAGNOSTICKÁ METODA A VZDĚLÁVACÍ PLÁNY

Příloha č. 2 – Analýza vzdělávacích potřeb

CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Heslíta, o. s.

Praha, březen 2007

TENTO PROJEKT JE SPOLUPRACOVÁNÍM EVROPSKÝM SOCIÁLNÍM FONDEM EU A STÁTNÍM ROZPOČTEM ČR

Osnova analýzy vzdělávacích potřeb

Osnova této analýzy vychází z potřeb všech, co je pro Vaši práci důležité a v čem byste se rádi zlepšovali.

Při vyplňování tohoto dotazníku můžete na mysl přivést své předsedy jako pracovníci či pracovníce v organizaci, ve které pracujete.

Před započatím práce se dohodněte se svým příjímým nadřízeným, resp. s jinou klíčovou osobou v organizaci z hlediska dalšího vzdělávání, jakou dobu budete potřebovat na zpracování všech položek této osnovy.

Můžete přidat dalšího kolegu/kolegyni, či jinou důležitou osobu, aby s Vámi sdíleli vlastní zkušenosti. Pokud máte možnost, vybrané tématy přediskutujte na sezení s příslušnými pracovníky dané organizace.

Se všemi uvedenými materiály, přílohami a informacemi získanými rozhovory v této souvislosti, je třeba zacházet jako s osobními daty, jejichž zveřejnění je možné pouze s Vaším souhlasem.

Zpracováno:

- jméno:

- funkce:

- organizace, pracoviště, oddělení:

Datum počátku zpracování:

Datum ukončení zpracování:

1. Popište prosím nějakou příhodu či epizodu se situací z Vašeho zaměstnání, kdy jste při jednání s nějakou osobou (klientem, spolupracovníkem) narazil(a) s výše uvedeným společenstvím a měl(a) jste přiležitost poch, že jste si mohl(a) pochovat trochu více.

Uvedte všechny choroby, kterými se během práce zabýval, bez ohledu na to, jestli patří do vaší pracovních náplní, či nikoliv. Činnosti nejčastěji reaguje do levého sloupce tak, jak Vás budou napadat.

A. Připíše ke každé z nich Váš odhad, jaký význam má faktor pro úspěch Vaší práce. (0-žádný, 1-malý, 2-střední, 3-značný, 4-rozhodující)

B. Připíše, zda a o kolik byste se v dočasně činnosti cítil(a) zlepšen(a). (0-vůbec, 1-trochu, 2-středně, 3-značně, 4-často)

A. význam pro Váš práci		B. Váš početna zlepšení
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

4. Jaké činnosti byste ve své práci dělat chtěli(a), ale neděláte je?

Všechny činnosti opět napište seřízbe do levního sloupce tak, jak Vás budou napadat.

A. Připíšte ke každé z nich Váš oheďad, jaký význam by mohla mít tato činnost pro něpěch Váš pŕice.

(0-žádný, 1-malý, 2-střední, 3-znamý, 4-rozodudující).

B. Připíšte, zda a o kolik byste se chtěl(a) v dané činnosti zdokonalit.

(0-vŕbec, 1-trochu, 2-středně, 3-znamě, 4-zšaslující).

A. význam pro Váš pŕice B. Váš potŕeba zdokonalení

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

5. Pravepŕodobně máte také nějaké obtŕžnosti schůpnosti a vŕstnosti, které ve Váš pŕaci mŕejba vŕstŕit. Zkusŕte si je pŕipomenout a sepsat.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

4

6. Označte do jaké míry byste se chtěl(a) zdokonalil v následujících interpersonálních dovednostech.

(0-vŕbec, 1-trochu, 2-středně, 3-znamě, 4-zšaslující)

Dovednost Jak moc se chce zdokonalit

1. Navazování a udržování kontaktů a spolupráce s klientem 0 1 2 3 4
2. Posouzení problémů klientů 0 1 2 3 4
3. Řešení rozporů, prosadit se 0 1 2 3 4
4. Podpora klientů, pomoci mu nŕst tŕžkou situaci 0 1 2 3 4
5. Pomoci klientovi pŕijít na lepší řešení jeho situace 0 1 2 3 4
6. Jednat s více klienty, kteří k sobě pŕtí (šlamoŕe rodní, obyvatelŕe ústavní aj.). pŕicovat s jejich vztahy 0 1 2 3 4
7. Jednat s nedŕizygní, podŕizygní a spŕolupŕocovníky 0 1 2 3 4
8. Účinně vyšetřovat s pracovníky jiných organizací 0 1 2 3 4
9. Rozceňovat vŕstní osobní pŕuhy v rŕzných pracovních vztazích a tímŕt s nimi pŕicovat 0 1 2 3 4
10. Usadit udržet své hranice, aby ŕkovek nebyl pŕtŕk zasažen utpŕtím druhých 0 1 2 3 4
11. Nezŕstet radost ze života v ŕtŕlektu zŕstŕt v pŕaci 0 1 2 3 4
12. Jiné 0 1 2 3 4
13. 0 1 2 3 4
14. 0 1 2 3 4

7. Uveďte pŕostŕn celkové hodnocení, jak se Vŕm s touto osasou pŕicovává, pŕipadně které pŕotŕžby Vŕs nejvíce zamlŕly, či která tŕmŕna Vŕm chybŕla.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

5

SEZNAM FUNKCÍ

F1) ÚČAST NA PROCESU HODNOCENÍ UŽIVATELE SLUŽEB

Poznámky: Mějte na paměti, že mentální onemocnění může být dlouhodobé a průběh nemoci není lineární.

F1-1) BUĎTE SCHOPNI POROZUMĚT NÁSTROJŮM, KTERÉ SLOUŽÍ K PLÁNOVÁNÍ POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB A PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU.

- Používejte vhodné nástroje k plánování služeb spolu s uživateli služeb (např. plánování zaměřené na člověka, techniky motivačních pohovorů, WRAP – plánování postupu úzdravy)
- Zajistěte individuální přístup ke službám a podporám.
- Plánujte intervence, které mají zřejmý etický základ.
- Naplánujte pravidelné systematické přezkoumávání ve vztahu k uživateli služeb a sjednávejte nové plány a cíle.

F1-2) PŘEDVEĎTE EFEKTIVNÍ KOMUNIKAČNÍ A POZOROVACÍ DOVEDNOSTI JAKO SOUČÁST PROCESU HODNOCENÍ.

- Užijte podpůrných mezilidských dovedností (např. naslouchání, empatie, vyzívání, sumarizace).
- Používejte jazykového a komunikačního stylu, který je srozumitelný uživateli služeb.
- Identifikujte a posilujte uživatelské dovednosti, přednosti, zdroje a priority.
- Projevte informovanost o rozličnostech (rozmanitosti, diverzity).

F1-3) FORMULUJTE HODNOCENÍ JASNÝM ZPŮSOBEM.

- Buďte schopni tlumočit výsledky hodnocení klientovi, klientovým příbuzným, kolegům a spolupracovníkům.
- Spolupracujte s klienty, rodinami a pečovateli na formulaci hodnocení a stanovení cílů na základě výsledků hodnocení.
- Buďte schopni podat odůvodnitelnou ústní i psanou zprávu, která napomůže efektivnímu rozhodování a poskytování služeb.
- Používejte jazykový a komunikační styl, který je srozumitelný uživatelům služeb, rodinám a pečovatelům, a buďte schopni efektivně shrnout hlavní body hodnotící zprávy.

F1-4) BUĎTE SCHOPNI URČIT POTŘEBY A ZDROJE.

- Komunikujte s uživateli služeb za účelem určování jejich současných sociálních/zdravotních potřeb.
- Rozpoznejte existující zdroje (např. rodina, komunita) a identifikujte zdroje, které se mají dále rozvíjet.
- Dedukcí zjistěte, které ze zdrojů jsou pro uživatele služeb nejdůležitější.

- Současnou situaci bydlení, finanční situaci, dovednosti související se žitím a prací, smysluplné denní činnosti vyhodnoťte včetně postojů uživatelů služeb a jejich rodin.
- Vysvětlíte sociální potřeby a fungování (např. stálost a stabilita sociálních vztahů, minulé a současné sociální dovednosti).
- Popište uživatelskou sociální síť (např. množství a intenzita kontaktů).
- Popište současné vztahy a roli rodiny v životě uživatele služeb.
- Definujte úroveň fungování v různých oblastech a různých sociálních rolích, které uživatelé zastávají.
- Angažujte rodinu (opatrovníky) a identifikujte jejich pohled na sociální síť uživatele služeb.
- Identifikujte strategie rodiny, včetně jakýchkoli potíží a rizik, a úroveň vyjádřených emocí v prostředí rodiny.
- Zjistěte si zdroje v komunitě (např. lidé, místa, agentury, činnosti a sociální systémy).
- Zhodnoťte zdroje v komunitě spolu s jednotlivými uživateli služeb (např. bydlení, práce, denní činnosti, zdroje, které by vyhovovaly osobním a duchovním potřebám).
- Identifikujte zdroje v komunitě, které jsou nedostupné (jako výchozí bod pro návrh k vytvoření nových zdrojů).
- Identifikujte skryté komunitní zdroje (dostupné ale méně zřetelné).

F1-5) BUĎTE SI VĚDOMI A IDENTIFIKUJTE SYMPTOMY A ZPŮSOBY CHOVÁNÍ JEDNOTLIVCE PROŽÍVAJÍCÍHO PROBLÉMY DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ.

- Rozpoznejte symptomy, kterými uživatel prochází, a rozsah, ve kterém ho ovlivňují. Vezměte při tom v úvahu uživatelské názory jako důležitou součást hodnocení a plánování.
- Rozpoznejte jejich vliv na uživatelskou sociální síť, rodinu, práci a vztah s přáteli (např. Vede toto k jeho izolaci?).
- Rozpoznejte, jak jsou uživatelé služeb schopni vypořádávat se svými symptomy duševního zdraví (symptomy duševní nemoci).
- Buďte si vědomi stavu fyzického zdraví.

F1-6) BUĎTE SCHOPNI IDENTIFIKOVAT PŘÍZNAKY KRIZE / RELAPSU

- Využijte informací o uživateli služeb a jeho různých mentálně zdravotních problémů, abyste mu pomohli identifikovat riziko relapsu.
- Identifikujte příznaky relapsu s jednotlivými uživateli a společně s nimi identifikujte strategie pro prevenci relapsu.
- Spolu s uživateli určete dostupné strategie.
- Dejte najevo pružnost v přístupu a buďte schopni efektivně komunikovat s uživatelem služeb během procesu vyhodnocování.
- Shromážděte základní osobní údaje (např. osobní historii a rodinné zázemí uživatele) a pomozte uživateli dát si do souvislosti vztah mezi tímto údajem a výskytem krize, relapsu a celkového fungování.

- Od uživatele zjistíte jeho pohled – jaký on má názor na shromážděné údaje a co považuje za důležité.

F1-7) S UŽIVATELI SLUŽEB KOMUNIKUJTE ZA ÚČELEM IDENTIFIKACE VEDLEJŠÍCH ÚČINKŮ JEJICH MEDIKACE A DOPAD, KTERÝ TOTO MÁ NA JEJICH ŽIVOTY.

- Určete, jaký druh medikace byl uživateli služeb předepsán.
- Vyhodnoťte uživatelovo ztotožnění se se strategií léčby.
- Identifikujte vedlejší účinky.
- Vyhodnoťte dopad vedlejších účinků na uživatelovu ochotu užívat medikaci.

F1-8) BUĎTE SCHOPNI VYHODNOTIT DOVEDNOSTI UŽIVATELŮ NEZÁVISLE VYKONÁVAT KAŽDODENNÍ ČINNOSTI.

- Rozpoznejte uživatelovy silné stránky, dovednosti a schopnosti nezávisle vykonávat každodenní činnosti za účelem naplnění jejich osobních potřeb a za účelem splnění přiměřených očekávání komunity.
- Využijte nástrojů k vyhodnocení uživatelových schopností nezávisle vykonávat každodenní činnosti (např. HoNOS, WRAP, CAN, GAF) a po čase znovu vyhodnoťte.

F1-9) BUĎTE SCHOPNI VYUŽÍT ZÁKLADNÍCH HODNOTÍCÍCH NÁSTROJŮ K VYHODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA.

- Využijte hodnotících nástrojů přiměřených prostředí a roli. Vězte jak využít průzkumů spokojenosti uživatelů služeb a dalších hodnotících nástrojů, jako např. škálovací techniky.
- Konstruktivně přispějte k vyhodnocení a hodnocení služeb vedené samotným uživatelem. Systematicky vyhodnocujte vlastní účast ve spolupráci s uživateli služeb a kolegy.

F1-10) BUĎTE SCHOPNI VYHODNOTIT MOTIVACI UŽIVATELŮ SLUŽEB A SCHOPNOST ŽÍT NEZÁVISLE V KOMUNITĚ DLE 5 INDIKÁTORŮ

- Potřeba změny
- Odhodlání ke změně
- Otevřenost vůči vztahům s ostatními
- Uvědomění si sama sebe
- Povědomí o okolí (např. schopnost rozlišit různá prostředí – lidi, místa, situace – a vhodný způsob přístupu k nim).

F 2) VYPOŘÁDÁVÁNÍ SE S RIZIKEM.

F 2-1) VYPOŘÁDEJTE SE S JAKÝMKOLI ZPŮSOBEM CHOVÁNÍ, KTERÝ JE RIZIKEM PRO UŽIVATELE ČI PRACOVNÍKY.

- Rozpoznejte současné nebo budoucí riziko hrozící vám nebo ostatním.
- Rozpoznejte současné nebo budoucí riziko ohrožující zdraví nebo život.

- Stanovte případná opatření.
- Vyhodnořte nejdůležitější bezpečnostní problémy (včetně rizikového chování), riziko sebevraždy, riziko sebepoškození (včetně užívání drog a alkoholu), vulnerabilitu, riziko zneužití, riziko relapsu, rizika hrozící ostatním (např. agresivní či nejasné, matoucí chování).
- Ohledně rizikového chování spolupracujte s ostatními členy týmu.
- Ošetřete všechny situace zahrnující rizikové chování tak, abyste pomohli uživateli služeb co možná nejméně omezujícím způsobem.
- Vezměte v úvahu uživatelovo předchozí chování.
- Bud'te si vědomi právních souvislostí a důsledků přijatých opatření.
- Bud'te schopni poskytnout první pomoc.
- Mějte na paměti, že v případě rizikového chování by měla sehrát svou roli uživatelova rodina.

F2-2) VYPOŘÁDÁVÁNÍ SE S PROBLÉMOVÝM CHOVÁNÍM.

- Rozlišujte mezi skutečně nebezpečným a podivným chováním.
- Kvitujte osobní přístup.
- Bud'te si vědomi etických problémů a morálních dilemat.
- Procházejte supervizi jako metodou předcházení a zvládání situací.

F3) BUDOVÁNÍ PRACOVNÍCH KOALIC MEZI UŽIVATELI SLUŽEB A RODINOU ČI PEČOVATELI.

F3-1) PŘÍSTUPUJTE K UŽIVATELŮM SLUŽEB A JEJICH RODINÁM A PEČOVATELŮM JAKO K EXPERTŮM NA SVOU VLASTNÍ SITUACI.

- Projevte porozumění bazální důležitosti vztahu mezi sociální a duševní pohodou.
- Dejte najevo, že respektujete osoby s duševními problémy a jejich rodiny a pečovatele jako důstojné a kompetentní osobnosti.
- Oceňte silné stránky, odborné znalosti a přínos uživatelů služeb, členů rodiny a pečovatelů.
- Rozumějte základním konceptům a pravidlům systému rodiny a rozpoznajte jejich rozdílné dopady na rodinu a na osobu s nemocí.

F3-2) PODPORUJTE A HAJTE ZÁJMY ZÁKONNÝCH A OBČANSKÝCH PRÁV UŽIVATELŮ SLUŽEB, RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ A PEČOVATELŮ.

- Ukažte praktické znalosti z právní problematiky a lidských a občanských práv v souvislosti se situací uživatelů služeb a rodinných příslušníků/pečovatelů.
- Ujistěte se, že uživatelé služeb a pečovatelé jsou dobře informováni při volbě v souvislosti s péčí, finančními a jinými rozhodnutími.
- Projevte vaše odhodlání k rovným příležitostem pro všechny uživatele služeb (např. věk, rasa, kultura, pohlaví, etnikum).
- Podpořte sebeurčení a svobodu volby.
- Mějte na paměti, že mohou existovat rozdílnosti v zájmech uživatelů a pečovatelů.

F3-3) PŘÍMĚŘENĚ REAGUJTE NA POCITY A EMOCE.

- Vždy zajistěte respektující a neodsuzující empatický přístup k uživateli služeb a pečovateli.
- Buďte schopni efektivně komunikovat s uživateli služeb, pečovateli a rodinami a překonávat rozdílné názory.
- Projevte ochotu ocenit složitosti, které se vyskytují při použití empatie a neustále monitorujte vztah.
- Projevte ochotu reflektovat a uznat jakékoli nepříjemné pocity souvisejícími se vztahy v práci a řádně se s nimi vypořádajte.

F3-4) KOMUNIKUJTE S UŽIVATELI SLUŽEB, RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY A PEČOVATELI A UDRŽUJTE S NIMI VZTAH.

- Projevujte porozumění jedinečnosti (specifičnosti) problémů, kterým čelí rodinní příslušníci jednotlivců s problémy duševního zdraví.
- Rozpoznejte dopady problémů duševního zdraví na rodinné vztahy a dynamiku uvnitř rodiny, které mohou být pro rodinné příslušníky psychologickým rizikem.
- Vyškolte rodiny a pečovatele a připravte rodinné příslušníky a pečovatele na efektivní účast při podpoře a úzdavě.
- Buďte schopni sdělovat naději a podporovat úzdavu realistickým a posilujícím způsobem.
- Pěstujte strategie, které řeší problémy vztahující se k diskrétnosti a důvěře.
- Naučte se rozdělovat zřetelné odpovědnosti při spolupráci mezi rodinou, uživatelem a pečovateli.
- Propagujte spolupráci mezi různými rodinami k redukci izolace a podporujte je si navzájem pomáhat.

F4) PODPORA SAMOSTATNOSTI (SAMOSPRAVY)

F4-1) HRAJTE AKTIVNÍ ROLI V BUDOVÁNÍ PARTNERSTVÍ MEZI UŽIVATELI A POSKYTOVATELI SLUŽEB

- Buďte schopni užívat kooperativního přístupu tak, že uživatelé služeb, rodinní příslušníci a pečovatelé spolupracují na :
 - Identifikaci problému
 - Stanovení priorit
 - Určení cílů
 - Vytvoření plánů pro péči a podporu
 - Vyřešení problému
- Rozpoznejte, že uživatelé služeb i pracovníci jsou odborníky na situaci.
- Všechna setkání ved'te jako spolupráci mezi experty, ve kterých se zkušenostní expert (uživatel služeb) setkává s expertem na vysvětlení problému (pracovníkem).
- Vysvětlíte, že cílem setkání či dohody je zajistit si uživatele jako terapeutického spojence a vyjednat vzájemně přijatelné plány na zlepšení stavu uživatele služeb.

F4-2) PROJEVTE DŮVĚRU A PODPOŘTE UŽIVATELOVO ZVLÁDNUTÍ EMOCÍ

- Buďte si vědomi, že se lze naučit rozmanitosti rozdílných sociálních dovedností. Na příklad:
 - Projev pozitivních a negativních pocitů;
 - Osvojení si dovedností nalézat kompromisní řešení;
 - Osvojení si dovedností vyjednávat;
 - Osvojení si dovedností řešit problémy;
- Buďte si vědomi, že práce s uživateli služeb, která jim umožňuje se efektivněji vypořádávat s emocemi, má řadu složek, včetně:
 - Podporování uživatelů služeb rozpoznat silné emoce tak, aby si jich byli lépe vědomi, když přijdou na řadu „sebezvládací“ dovednosti.
 - Podpory uživatelů služeb při rozpoznání potenciálně citlivých situací a v identifikaci možných reakcí.

F4-3) POVZBUZUJTE NEZÁVISLOST UŽIVATELE SLUŽEB POSKYTOVÁNÍM PODPORY V DENNÍCH ČINNOSTECH.

- Pojměte rozpočet domácnosti jako jednu ze základních životních dovedností, které lidé potřebují, a podporujte uživatele služeb, aby se učili a zdokonalovali v oblasti dovedností zacházení s penězi.
- Podporujte uživatele služeb, aby si obhospodařovali své vlastní bydlení.
- Podporujte uživatele služeb, aby rozvíjeli sebeobslužné dovednosti.

F4-4) MOTIVUJTE UŽIVATELE SLUŽEB, ABY BYLI AKTIVNÍMI ÚČASTNÍKY VE SVÝCH VLASTNÍCH TERAPEUTICKÝCH PROCESECH A PODPORUJTE JE K IDENTIFIKACI A PRÁCI NA OSOBNÍCH CÍLECH.

- Podporujte uživatele služeb, aby se dozvíдали o různých terapeutických možnostech a přístupech.
- Povzbuzujte lidi k účasti na rozhodování.
- Věřte v uživatelovu schopnost k uzdravě.
- Vychovejte v nich smysl pro naději.
- Zaměřte se na vizi budoucnosti upřednostňované uživatelem služeb.
- Změňte postoj demoralizujícího pesimismu na postoj realistického optimismu.
- Pomozte přerušit začarovaný kruh bezmocnosti, zoufalství a naučené závislosti.
- Změňte negativní postoj k relapsům na příležitost se chybou učit.
- Užívejte technik, které neohrožují vyvoláním krize.

F4-5) POVZBUZUJTE UŽIVATELE SLUŽEB, ABY VYJADŘOVALI SVÉ NÁZORY A POSTOJE KE SLUŽBÁM, KTERÉ UŽÍVAJÍ.

- Povzbuzujte uživatele služeb, aby identifikovali a plánovali podporu, kterou požadují.
- Povzbuzujte uživatele služeb, aby vyjadřovali své názory.

- Povzbuzujte uživatele služeb, aby diskutovali o problémech, které mají. Tomu může napomoci, když navrhnete, aby si s sebou přivedli přítele či příbuzného, kteří je budou podporovat a případně pomohou popsat chování a symptomy uživatele služeb, když toho nebude sám schopen.
- Povzbuzujte k diskusi o různých přístupech k problémům uživatele služeb. Při tom zajistěte, aby uživatel služeb rozuměl případným pozitivním a negativním aspektům jednotlivých přístupů.
- Povzbuzujte uživatele služeb k tomu, aby se dotazoval a ujišťoval se, že plán podpory je dohodnutý vzájemně.
- Plánujte cíle společně s uživatelem služeb.
- S uživatelem služeb diskutujte, jaké podpory/zdroje bude potřebovat k naplnění svých cílů.

F4-6) PROPAGUJTE A NAPOMÁHEJTE KE SVÉPOMOCI A VZÁJEMNÉ PODPOŘE UŽIVATELŮ SLUŽEB, RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ A PEČOVATELŮ.

- Efektivně komunikujte s rodinami.
- Oceňujte angažovanost rodiny ve všech fázích podpory a úzdravy.
- Zjistěte si místní, regionální a národní organizace na podporu uživatelů služeb a pečovatelské služby a rozvíjejte s nimi pracovní vztahy.
- Buďte informováni o zkušenostech, potřebách a starostech rodinných příslušníků a uživatelů služeb.
- Rozpoznejte dopad problémů duševního zdraví na vztahy a dynamiku v rodině, které mohou znamenat psychické i fyzické riziko pro uživatele služeb a rodinné příslušníky.
- Poskytujte rodinám vzdělání a pracujte s rodinnými příslušníky na přípravě efektivní účasti procesu podpory a úzdravy.

F5) PODPORA SOCIÁLNÍ A KOMUNITNÍ INTEGRACE

F5-1) OCHOTA PRACOVAT MEZIRESORTNÍM A PARTNERSKÝM PŘÍSTUPEM ZA ÚČELEM DOSAŽENÍ UŽIVATELOVÝCH CÍLŮ A PŘÁNÍ.

- Mějte znalosti systému sociálních dávek a dalších nároků, např. ubytování.
- Integrujte zdroje komunity a služby maximalizace příjmů do plánování a provádění služeb.
- Ukazujte znalosti právní problematiky a lidských práv, které jsou relevantní k situaci, ve které se uživatel služeb nachází.
- Mějte znalosti a pomáhejte jednotlivcům, aby měli přístup k právním a advokátním zdrojům, kterých je třeba a/nebo jsou požadovány.

F5-2) POVZBUZUJTE UŽIVATELE SLUŽEB, ABY VYUŽÍVALI PŘÍLEŽITOSTÍ KE SMYSLUPLNÝM ČINNOSTEM, NAPŘ. ZAMĚSTNÁNÍ, VZDĚLÁNÍ, ODBORNĚ-VZDĚLÁVACÍ PROGRAMY, VOLNOČASOVÉ AKTIVITY.

- Identifikujte, rozvíjejte a udržujte dobré vztahy s rozmanitými zdroji v komunitě.
- Projevujte porozumění (pochopení), že smysluplná činnost může hrát důležitou roli v úzdruvě.

F5-3) PROPAGUJTE POROZUMĚNÍ PROBLÉMŮM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ A COPING (ZVLÁDACÍ) STRATEGIE.

- Rozpoznejte a podporujte uživatelské coping strategie a osobní silné stránky.
- Identifikujte a řešte situace, které jsou stigmatizující a diskriminující.
- Mějte znalosti a šířte znalosti týkající se právních záležitostí, které mohou být využity uživateli služeb, pečovateli a poskytovateli služeb v prostředí duševního zdraví.
- Ujistěte se, že uživatelé služeb jsou schopni se rozhodnout na základě informací v oblastech péče/podpory a finančních a jiných rozhodnutí.
- Zjistěte a oceňte důležitost všech zdrojů komunity, včetně neformální sociální sítě

F6) SPRÁVA SLUŽEB

F6-1) DRŽTE SE POSTUPŮ A PROCEDUR.

- Demonstrujte znalosti relevantních postupů a procedur.
- Rozumějte tomu, proč jsou postupy a procedury tak důležité.
- Založte jejich konání na postupech a procedurách.
- Demonstrujte znalosti z oblasti rehabilitačně-systémových pracovních programů.

F6-2) PRACUJTE JAKO SOUČÁST TÝMU.

- Demonstrujte porozumění potřebě pracovat v týmu spíše než ve skupině jednotlivců.
- Asistujte při budování pozitivních pracovních vztahů.
- Mějte na paměti, že členové týmu jsou nezávislí a rozumí, že jak osobních tak i týmových cílů se nejlépe dosahuje při vzájemné podpoře.
- Mějte na paměti, že členové týmů přispívají k úspěchu organizace tím, že užívají svých jedinečných talentů a znalostí k dosažení cílů týmu.
- Zdůrazněte důležitost otevřeně a čestně komunikace tím, že budete aplikovat takovéto postupy.
- Zdůrazněte důležitost povzbuzování členů týmu za účelem rozvoje dovedností a použití toho, co se naučili při své práci, a za účelem přijetí podpory týmu.
- Praktikuje vaši znalost dynamiky psychosociální skupiny při týmové účasti.

F6-3) AKTIVNĚ SE ZÚČASTŇUJTE SETKÁNÍ.

- Projevte respekt.
- Projevte efektivní komunikační dovednosti.
- Projevte efektivní sociální dovednosti.
- Buďte si vědomi limitů a hodnot.
- Pojměte setkávání jako příležitost učení se a sebe rozvoje

F6-4) MĚJTE AKTIVNÍ ROLI VE ZLEPŠOVÁNÍ KVALITY POJEKTU.

- Podílejte se na zprostředkování a přijímání zpětné vazby.
- Demonstrujte odhodlání ke kontinuitě péče ve službách duševního zdraví.
- Rozvíjejte vědomí potírající stereotypy a předsudky.

- Buďte otevření k metodám pracovního hodnocení.
- Pohlížejte na učení jako na celoživotní proces.
- Buďte si vědomi nových pohledů a užívaných praktik.

F6-5) ROZVÍJEJTE PREVENTIVNÍ PŘÍSTUPY PROTI STRESU A SYNDROMU VYHOŘENÍ.

- Přispívejte k celkové pohodě sebe sama i ostatních.
- Projevujte toleranci vůči ostatním lidem.
- Podporujte a posilujte ostatní.
- Projevujte dovednosti zvládání sama sebe.
- Berte na vědomí a rozpoznávejte příznaky stresu a vyhoření sebe sama i ostatních.
- Aktivně se zúčastňujte v komunitě.
- Buďte si vědomi vlastních limitů a limitů ostatních.
- Zúčastňujte se doškolování.
- Aktivně se podílejte na supervizi (vnitřní i vnější).

Potřeby v oblasti vzdělávání pracovníků služeb chráněného bydlení pro lidi trpící duševní poruchou v ČR- analýza potřeb pracovníků služeb Bona o.p.s.

Diplomant: Jan Zvettler

Studijní obor: Sociální práce

Vedoucí práce: PhDr. Václava Probstová, Csc.

Oponent: MUDr. Zdeněk Bašný

Hlavní cíl diplomové práce

Diplomová práce se zabývá vývojem a změnou poměrů v oblasti sociálních služeb chráněného bydlení poskytovaných lidem trpícím duševní poruchou. Hlavním záměrem diplomové práce je popsat aktuální změny a možnosti ve vzdělávání pracovníků služeb chráněného bydlení. Práce má přiblížit konkrétní důsledky transformace sociálních služeb na potřeby pracovníků ve službách chráněného bydlení a nabídnout diskuzi vycházející ze srovnání s výzkumem a praxí komunitní péče o lidi trpící duševní poruchou ve státech EU.

Resumé

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části vycházím zejména ze studia odborné literatury, příruček a také z vlastní zkušenosti a praxe v Bona o.p.s. Pro praktickou část jsem zvolil metodu Autodiagnostických dotazníků. Výzkum probíhal v organizaci Bona o.p.s., která poskytuje sociální služby chráněného bydlení.

V úvodu diplomové práce se věnuji historickému vývoji péče o lidi trpící duševní poruchou od středověku až po současnost. Dále v práci zpracovávám principy systému komunitní péče o lidi trpící duševní poruchou, který je známý především v zemích západní Evropy. Ve třetí a čtvrté kapitole jsou popsány jednotlivými typy služeb poskytovaných v ČR, jejich vývoj po roce 1990 a změny po roce 2007. Vzdělávání pracovníků je potom podrobněji zpracováno v páté kapitole, kde popisují změny, které v oblasti vzdělávání nastaly po přijetí zákona o sociálních službách. V závěru teoretické části popisují výzkum PSYCHO RESCUE, který proběhl v šesti členských zemích EU (včetně ČR). Výstupy tohoto výzkumu srovnávám v praktické části s výzkumem vzdělávacích potřeb pracovníků Bona o.p.s.

V praktické části jsou nejprve analyzovány vzdělávací potřeby pracovníků chráněného bydlení pomocí Autodiagnostické metody. Záměrem této analýzy je zmapování oblastí, které pracovníci považují za důležité pro výkon svého zaměstnání a ve kterých by se potřebovali nadále školit a vzdělávat. Výsledky této části šetření měly potvrdit nebo vyvrátit výchozí otázky: Jsou naplněny potřeby pracovníků v oblasti vzdělávání? Mají pracovníci potřebu dalšího vzdělávání?

Dále jsem srovnával získané vzdělávací potřeby pracovníků s výstupy výzkumu PSYCHO RESCUE, s cílem zodpovědět následující otázky: Je či není profil pracovníků kompatibilní s profilem pracovníka, jak jej popsal výstup výzkumu PSYCHO RESCUE? V čem se profil pracovníků liší od profilu pracovníka, jak jej popsal výstup projektu?

Z výsledků šetření se ukázalo, že potřeby pracovníků v oblasti vzdělávání nejsou naplněny. Záporná byla kupodivu i odpověď na otázku, jestli pracovníci mají potřebu dalšího vzdělávání. Podobná disproporce se objevila v případě ČR i ve výsledcích výzkumu PSYCHO RESCUE. Možné příčiny této disproporce popisují v šesté kapitole. Záporná byla i odpověď, jestli je profil pracovníka kompatibilní s profilem, jak jej popsal výstup projektu PSYCHO RESCUE. O příčinách rozdílů a možnostech změny, která by vedla ke zkvalitnění odborných kompetencí pracovníků, se zmiňuji v diskusní části, která praktickou část uzavírá.

Workers education needs in residential community service in Czech republic- analysis of workers needs in Bona o.p.s.

Student: Jan Zvettler

Subject: Social Work

Consultant: PhDr. Václava Probstová, Csc.

Oponent: MUDr. Zdeněk Bašný

The main objective of the diploma thesis

This diploma thesis deals with the development and changes of the situation in the realm of residential social services which is provided to the people suffering from mental illnesses. The main objective of the diploma thesis is to describe current changes and possibilities in educating residential services workers. The thesis is supposed to draw near particular consequences of social services transformation it has had on the needs of residential services workers and also allow for a discussion in the area of comparison with the research and practice of group care of people suffering from mental illnesses in the EU.

Resume

The diploma thesis is divided into two parts – theoretical and practical. In the theoretical part, I drew especially from studying of technical literature, reference manuals and also from my own experience and practice. For the practical part, I chose Auto-diagnostical questionnaire method. The research was done in Bona o.p.s. organization which provides residential social services.

In the introduction of the thesis, I focus on the historical development of care of people suffering from mental illnesses from the middle ages until now. In the thesis, I also deal with some principles of the community care of people suffering from a mental illness – the system known especially in Western Europe. In the third and forth chapter, I deal with individual types of the services provided in the Czech Republic and their development after the year 1990 and changes after 2007. I closely deal with education of the workers in chapter five where I describe the changes in education which came to existence after adopting the Legislative Act on Social Services. At the end of the theoretical part, I introduce PSYCHO RESCUE research which was done in six EU countries (including the Czech Republic). In the practical part then, I compare the results of this research with the research of educational needs of Bona o.p.s. workers.

In the practical part, I first analyze the educational needs of residential services workers using auto-diagnostical method. The aim of this analysis is mapping the realms which are considered important for carrying out their job by the workers and in which they would need more education and training. The results of this part of the research were supposed to either confirm or deny original questions: Are the needs of the workers met as far as education is concerned? Do the workers have needs to be educated further?

I also compared educational needs of the workers with the results of the PSYCHO RESCUE research – with the aim to answer the following questions: Are the profiles of workers compatible with the profile of the worker described in the results of PSYCHO RESCUE research? What is the difference between workers' profile and the profile of the worker described in results of the project?

The results showed that the needs of workers in the realm of education are not met. Surprisingly, there was a negative answer to the question, if the workers have needs to be educated further. The results of the PSYCHO RESCUE research showed similar

disproportions in the Czech Republic. The possible reasons for the disproportions are described in the sixth chapter. Negative was also answer to question, if the workers profile is compatible with the profile of the worker described in the results of PSYCHO RESCUE research. In the discussion part, which concludes the practical part, I write about causes and possibilities for changes which would lead to improvement of the professional competence of the workers.